

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THÈSE

N° 447

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Geneviève, Camille DUMONT

Née le 26 Juillet 1907, à MONTEREAU (Seine-et-Marne)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Ex-Interne du Sanatorium Chantoiseau

**Sur 38 cas de pleurésies provoquées
au cours du pneumothorax artificiel
complet ou bridé**

Président : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Geneviève, Camille DUMONT

Née le 26 Juillet 1907, à MONTEREAU (Seine-et-Marne)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Ex-Interne du Sanatorium Chantoiseau

**Sur 38 cas de pleurésies provoquées
au cours du pneumothorax artificiel
complet ou bridé**

Président : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1940

Dayen Tiffeneau.

I. — Professeurs

Anatomie.	MM. ROUVIERE. Léon BINET. STROHL. POLONOVSKI. Robert DEBRE. BRUMPT. BAUDOUIN. PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.
Physiologie	MONDOR. LEROUX. CHAMPY. TIFFENEAU. AUBERTIN. TANON. BALTHAZARD. LEVY-VALENSI. Henri BENARD. CHIRAY. ABRAMI. FIESSINGER. LOEPER. RATHERY. LEREBoullet. NOBECOURT. LAIGNEL- LAVASTINE. GOUGEROT. GUILLAIN. LEMIERRE. CUNEO. GOSSET. GREGOIRE. LENORMANT. VELTER. CHEVASSU. COUVELAIRE. JEANNIN. LEVY-SOLAL. MOCQUOT. OMBREDANNE. HARVIER. LEMAITRE. Pierre DUVAL. VILLARET. TROISIER. MATHIEU. LAUBRY. Clovis VINCENT. N... HAZARD. MULON. OLIVIER. SANNIE. VERNE.
Physique médicale.	
Chimie médicale.	
Bactériologie.	
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	
Pathologie et thérapeutique générales	
Pathologie médicale.	
Pathologie chirurgicale.	
Anatomie pathologique.	
Histologie.	
Pharmacologie et matière médicale.	
Thérapeutique.	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée.	
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	
Clinique médicale.	
Hygiène et clinique de la première enfance.	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale.	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique.	
Clinique d'accouchements.	
Clinique gynécologique.	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique.	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique.	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique cardiologie	
Clinique de neuro-chirurgie.	
Assistance médico-sociale.	
Professeurs sans chaire.	

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DEGREZ (H.)..	Physique.
BARIETY	Pathologie médicale.	DESOLLE	Médecine légale.
BERNARD Et..	Pathologie médicale.	DIGONNET	Obstétrique.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	DOGNON	Physique.
BONNET	Bactériologie.	FEVRE	Pathologie chirurgicale.
BOULANGER	Chimie.	FUNK- BRENTANO..	Pathologie chirurgicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	GALLIARD)	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	GARCIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS..	Anatomie pathologique.
CACHERA	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
CORDIER	Anatomie.	DE GENNES	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
COUVELAIRE (H.)	Urologie.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
DELA RUE	Anatomie pathologique.		
DELAY	Pathologie médicale.		

MM.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL .. Obstétrique.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale
LEMAIRE Pathologie expérimentale
LENEGRE Pathologie médicale.
LEVY (M^{re} J.).. Pharmacologie.
MARCHEL Pathologie médicale.
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET Pathologie médicale.

MM.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PATEL Pathologie chirurgicale.
PETIT
DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
SICARD Pathologie chirurgicale.
SOULIE Pathologie médicale.
SUREAU Obstétrique.
TURPIN Pathologie médicale
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-
BERT Physiologie.
GUENIOT Obstétrique.

MM.
HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
LE LORIER Obstétrique.
NEVEU-
LEMAIRE. Parasitologie.
VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE.
BRULE
CATHALA
CHABROL
CHEVALLIER.
DONZELOT
DUVOIR
GASTINEL
HUGUENIN
LAROCHE (G.).
LIAN
MOREAU
PIEDELIEVRE.
SEZARY
 } Clinique médicale.

MM.
BASSET
BROcq
CADENAT
GATELIER
DE GAUDART.
D'ALLAINES.
LEVEUF
MOULONGUET.
MOURE
QUEU
 } Clinique chirurgicale
ECALLE
METZGER
PORTES
VIGNES
 } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

(In memoriam).

A MA MERE

AUX MIENS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur LEREBoullet

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

*En témoignage de notre profonde gra-
titude.*

A Monsieur le Docteur LEFEVRE

Médecin-chef du Sanatorium Chantoiseau

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail et guidé de ses conseils. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur Agrégé MOURE
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé SEZARY
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur HERSCHER
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé CATHALA
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur M. OMBREDANNE
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

Monsieur le Docteur R. BOURGEOIS
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

Monsieur le Docteur MEUGE
Chirurgien de l'Hôpital de Neuilly

A Monsieur le Docteur COURCOUX

Médecin des Hôpitaux

A Messieurs les Docteurs LUCIEN et MOULIS

Médecin-chef et Médecin-adjoint
du Sanatorium du Bois-de-l'Ours

INTRODUCTION

La méthode des injections intra-pleurales irritantes au cours de la conduite du pneumothorax artificiel, plus communément désignée jusqu'ici sous le nom de pleurésie provoquée, a fait l'objet déjà de nombreux travaux.

LÉON KINDBERG qui a été le promoteur principal et le défenseur de cette méthode depuis 10 ans, a publié à son sujet de nombreux mémoires.

La thèse de Georges ROSSIGNOL, d'Hauteville, en 1937, constitue une étude d'ensemble de la question, tant du point de vue clinique que du point de vue expérimental : l'étude anatomo-pathologique qu'elle comporte a permis de comprendre le mode d'action des injections intra-pleurales et d'en diriger logiquement l'application.

De nombreux auteurs, parmi lesquels il convient de citer LABESSE, VILLARET, EVEN, AMAT, GOBEZ, JULIEN, LAFOSSE, PAVIE et LEFÈVRE ont publié les résultats de leur expérience au sujet des pleurésies provoquées.

Malgré ces publications, il semble bien que la méthode des pleurésies provoquées complémentaires des pneumothorax thérapeutiques n'a pas encore acquis droit de cité auprès de la généralité des phthisio-

logues. Au dernier Congrès de la Tuberculose à Lille, lors de la discussion sur les pleurésies purulentes et leur traitement, MAURER, se faisant l'interprète d'un certain nombre d'auteurs, rendait responsable de nombreuses pleurésies purulentes la méthode des injections intra-pleurales, et citait à l'appui de cette opinion une observation malheureuse.

KINDBERG s'élevant aussitôt contre les assertions de MAURER, insistait à nouveau sur l'efficacité et sur l'innocuité de la méthode, à condition qu'elle soit appliquée dans certaines conditions de prudence et de précocité.

Depuis, KINDBERG a apporté à la Société Médicale des Hôpitaux une statistique d'ensemble portant sur son expérience depuis dix ans, et dans laquelle il affirme que la méthode des pleurésies provoquées est un complément très utile du pneumothorax, qu'il y ait ou non des adhérences, et assure que cette méthode ne comporte pas les dangers qu'on lui a imputés.

♦♦

Le présent travail a pour objet de défendre une opinion intermédiaire entre celle extrême qui condamne la méthode des injections intra-pleurales comme dangereuse, et l'optimisme de KINDBERG qui affirme que cette méthode doit être considérée comme inoffensive et ne comportant jamais de complication avec la posologie qu'il indique.

La statistique que nous apportons ne comporte

qu'un nombre de cas relativement faible. Elle tire sa valeur de ce qu'elle continue en quelque sorte, l'expérience acquise à Hauteville pendant plusieurs années, et qu'elle corrige, si l'on ose dire, dans une certaine mesure, quelques-unes des conclusions qui avaient été tirées au cours de l'expérience poursuivie par LEFÈVRE avec PAVIE et ROSSIGNOL.

Au cours de ces deux dernières années, nous avons employé au sanatorium Chantoiseau la méthode des injections intra-pleurales d'une façon assez large, chaque fois qu'un pneumothorax ne faisait pas rapidement disparaître les bacilles de l'expectoration. De cette expérience nous retirons l'impression que la méthode n'est pas dangereuse si elle est conduite avec une extrême prudence, conclusion qui s'est dégagée de la thèse de ROSSIGNOL.

Aux observations de Chantoiseau nous ajoutons 8 cas dont la relation nous a été communiquée aimablement par les Docteurs LUCIEN et MOULIS médecin-chef et médecin-adjoint du sanatorium du Bois de l'Ours. Comme on le verra, ces auteurs qui ont eu affaire à des malades du sexe masculin ont eu recours à une posologie sensiblement plus forte que celle utilisée au sanatorium Chantoiseau où sont traitées des malades du sexe féminin. Il semble bien que la différence de sexe entraîne une susceptibilité différente aux injections intra-pleurales. D'un malade à l'autre d'ailleurs, les réactions peuvent être très diverses, affirmer comme le fait KINDBERG qu'on peut appliquer aux malades une posologie uniforme nous

paraît, au contraire, une assertion pleine de danger, et notre expérience prouve que si l'on veut éviter les complications, il faut adopter une posologie très au-dessous de ce que supportent certains malades car il est difficile, dans certains cas, de prévoir exactement les réactions pleurales provoquées par l'injection.

Dans la thèse de ROSSIGNOL il a été démontré que ce qui constituait essentiellement le mécanisme d'action des injections intra-pleurales, c'était une congestion pulmonaire siégeant plus particulièrement au pourtour des lésions tuberculeuses, congestion pulmonaire qui est le point de départ des remaniements favorables dont l'aboutissement est la sclérose et la rétraction des lésions. Mais au cours de cette congestion pulmonaire, il se produit une transsudation, d'abord banale, de sérosité vers la cavité pleurale. Cette sérosité se charge d'éléments éosinophiles et dans les cas où elle reste modérée, la pleurésie provoquée consécutive à la congestion pulmonaire demeure aseptique, et se résorbe rapidement.

Mais si la transsudation du poumon vers la plèvre atteint un degré plus important, ou si les lésions tuberculeuses sont très voisines de la corticalité, il peut arriver que des bacilles tuberculeux soient entraînés avec le liquide qui passe dans la cavité pleurale. Celle-ci est alors inoculée et la pleurésie provoquée d'origine réflexe devient une pleurésie infectieuse à bacilles de Koch et évolue comme telle, si bien qu'au lieu d'être passagère, peu durable, elle

peut devenir aiguë, prolongée, et parfois tourner à la purulence. De tels cas ont été observés par de nombreux auteurs. KINDBERG affirme dans son dernier article n'en avoir jamais observé. Il semble qu'il ait été favorisé par la chance, mais nous ne croyons pas qu'avec la posologie qu'il indique de deux injections intra-pleurales par semaine, pendant 15 jours, on puisse affirmer être à l'abri des complications de cet ordre.

Avec PAVIE et ROSSIGNOL, LEFÈVRE a montré que la réaction congestive pulmonaire consécutive aux injections intra-pleurales s'étend sur 15 jours à 3 semaines, même dans les cas où la réaction fébrile ne dépasse pas 3 à 4 jours. Reproduire, par conséquent, l'irritation intra-pleurale avant que les effets de la première injection soient entièrement résolus, c'est s'exposer à additionner les effets irritants dans une mesure que l'on ne peut plus contrôler; c'est, par conséquent, s'exposer à provoquer cette irruption dont nous parlions tout à l'heure, des bacilles tuberculeux corticaux du poumon dans la cavité pleurale. Sans doute, lorsqu'on a affaire à des lésions centrales, la posologie indiquée par KINDBERG peut bien être considérée comme défendable. Il est possible qu'en l'appliquant le nombre des accidents soit très réduit, mais si l'on veut se mettre à l'abri de ceux-ci, il faut toujours rester au-dessous du maximum possible, et n'augmenter l'intensité et la fréquence des injections intra-pleurales qu'au fur et à mesure qu'on se rend compte de la résistance des lésions au collapsus. ~

Lorsqu'il s'agira de lésions corticales, dans lesquelles l'irruption vers la plèvre de produits septiques à la faveur de la congestion pulmonaire réflexe, est particulièrement à redouter, il nous semble que l'on doive redoubler de prudence, sous peine de s'exposer aux catastrophes dont MAURER rapportait au Congrès de Lille l'exemple si caractéristique.

Au cours de ce travail, nous exposerons la posologie extrêmement réservée et prudente qui a été adoptée par LEFÈVRE depuis deux ans et demi au Sanatorium Chantoiseau, et qui constitue, relativement à l'expérience rapportée dans la thèse de ROSSIGNOL, une accentuation dans le sens de la prudence et de la circonspection en ce qui concerne les doses adoptées.

Enfin, notre travail apporte un correctif au travail de ROSSIGNOL en ce qui concerne les injections intra-pleurales dans les pneumothorax bridés. Ici, nous nous séparons des conclusions adoptées par PAVIE et ROSSIGNOL dans la thèse de ce dernier, et dans les articles contemporains de cette thèse. Nous croyons, avec KINDBERG, que la présence d'adhérences n'est pas une contre-indication formelle aux injections intra-pleurales. Notre statistique montre que les résultats peuvent être très favorables, même lorsque le pneumothorax comporte des adhérences plus ou moins étendues. Dans certains cas, comme le dit KINDBERG, les injections intra-pleurales ont pour résultat d'allonger les brides d'une façon quelquefois invraisemblable, et de faciliter par suite, si elle demeure nécessaire, la thoracocautie. Dans bien des cas où la section d'adhé-

rences ne paraît pas possible, les injections intra-pleurales irritantes ont permis d'obtenir la négativation des crachats sans que l'on ait eu recours à l'intervention, et les complications, d'ailleurs bénignes et rares que nous avons observées, n'ont pas paru plus fréquentes dans les cas d'adhérences que dans les cas de pneumothorax absolument libres.

Reste la question des produits à injecter dans la plèvre. Nous sommes généralement restés fidèles à l'aurothiosulfate de soude (Crisalbine, Sanocrysine). Ce corps nous apparaît plus maniable que tout autre, sans doute parce que notre expérience est plus longue en ce qui le concerne. Certains sels d'or en suspension huileuse ne nous ont pas donné entière satisfaction, car les réactions qu'ils provoquent sont plus violentes, plus durables et, par conséquent, moins faciles à doser.

Enfin, le sérum salé physiologique et hypertonique, recommandé par PAVIE, LEFÈVRE et ROSSIGNOL, et qui avait déjà donné lieu à un cas malheureux à ces auteurs, nous a donné deux complications portant sur le côté opposé, quels que soient les arguments théoriques qui militent en sa faveur et qui ont été exposés dans la Thèse de ROSSIGNOL, nous y avons définitivement renoncé. Les réactions qu'il donne sont, en effet, très violentes et surtout très prolongées, relativement à celles qu'on obtient avec la sanocrysine. C'est probablement à cette prolongation excessive de la congestion pulmonaire portant à la fois sur le poumon traité et sur le poumon opposé, qu'il faut attribuer les deux évolutions

contro-latérales que nous avons observées à plus ou moins brève échéance, dans les deux cas pour lesquels nous nous étions adressé au sérum hypertonique. Nous en déconseillons désormais l'emploi.

En somme, de l'étude des cas que nous avons pu réunir au Sanatorium Chantoiseau et au Sanatorium du Bois de l'Ours, se dégage l'impression que la méthode des pleurésies provoquées est une méthode inoffensive et très utile, aussi bien dans les pneumothorax libres, que dans certains pneumothorax bridés, à condition d'être maniée avec une extrême prudence. Ce n'est que sous cette condition qu'elle est exempte de complication, et qu'elle pourra conquérir la faveur de tous les phtisiologues.

TECHNIQUE ACTUELLE

Lorsqu'un pneumothorax n'a pas fait la preuve de son efficacité quatre à cinq semaines après sa création, la chrysothérapie intra-pleurale est mise en œuvre pour l'améliorer.

Chez la femme, il est préférable d'attendre la période post-menstruelle afin que la congestion habituelle pré-menstruelle ne s'ajoute pas à la congestion consécutive aux sels d'or. La première dose est en moyenne de cinq centigrammes mais parfois plus faible, un ou deux centigrammes si l'on présume une forte réaction. Une ascension thermique survient le soir et ne se borne qu'à un clocher à 38°, 38°5, la température revenant à la normale en un ou deux jours. Dès le lendemain de l'injection un épanchement minime apparaît dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique. Habituellement, cet épanchement disparaît en 5 à 8 jours, s'il persiste, toute nouvelle injection sera suspendue jusqu'à la résorption de cet épanchement.

L'intervalle entre les injections est environ de trois semaines, ce laps de temps correspondant à peu près à la durée de la réaction congestive pulmonaire secondaire à l'injection irritante intra-pleurale. Renouveler l'injection avant que cette réaction ne soit terminée c'est risquer le développement d'une pleurésie.

La dose totale varie avec les résultats obtenus, il suffit parfois d'une ou de deux injections de 0 gr. 05 de sels d'or pour rendre le pneumothorax efficace. Dans nos observations du sanatorium Chantoiseau la dose totale n'excède jamais 0 gr. 50 de sels d'or en solution aqueuse. Lorsque ceux-ci s'avèrent inefficaces nous continuons par les sels d'or en suspension huileuse qui entraînent une réaction plus prolongée.

Par contre, la posologie utilisée au Sanatorium du Bois de l'Ours est nettement plus élevée. Les injections, répétées tous les quatre à cinq jours, varient de 0 gr. 05 à 0 gr. 25 et la dose totale dépasse dans un cas 4 grammes. Bien que les intervalles des injections soient plus rapprochées et les doses plus élevées, les réactions thermiques restent dans l'ensemble modérées. Cette différence de posologie s'explique peut-être par le fait qu'il s'agit de malades du sexe masculin dont la tendance congestive est moindre que chez les malades du sexe féminin.

EXPOSE DES OBSERVATIONS

Etant donné la technique différente suivie dans chaque sanatorium nous présentons séparément les observations du Sanatorium Chantoiseau et celles du Sanatorium du Bois de l'Ours.

Ces observations seront réparties en deux catégories suivant qu'il s'agit de pneumothorax bridés ou complets.

A ces observations, nous ajoutons deux cas d'injections de sérum salé hypertonique intra-pleural.

OBSERVATIONS
DU SANATORIUM CHANTOISEAU

PNEUMOTHORAX BRIDES

OBSERVATION N° 346 du S. C.

Mlle B... S., 18 ans. Entre le 11 mai 1938 pour une tuberculose bilatérale.

A droite : caverne au sommet du lobe inférieur.

A gauche : infiltration sous-claviculaire avec ébauche de caverne; pas d'expectoration, mais tubage positif.

24 mai, création d'un PNO droit qui paraît efficace malgré des adhérences apicales. Trois mois après, le tubage est encore positif. A la radiographie : caverne nette à gauche.

6 septembre, création d'un PNO gauche qui, bientôt, apparaît largement symphysé au sommet.

Décembre, tubage positif.

Injection de 0 gr. 05 de *Sanocrysine I.P.* à gauche. Réaction thermique à 38°4.

Janvier, le tubage reste positif.

Février, malgré une section de brides droites le tubage est encore positif.

Mai, injection de 0 gr. 05 de *Sanocrysine I.P.* à gauche; réaction à 38°3.

Les brides gauches s'étirent, le collapsus est meilleur.

En juin le tubage est enfin négatif et la malade peut quitter le sanatorium avec deux PNO efficaces.

Conclusion. — Bien que ce cas ne soit pas très probant puisqu'on n'a pu faire qu'un seul tubage après les sels d'or, on a constaté, néanmoins, une amélioration du collapsus après la Sanocrysine.

OBSERVATION N° 378 du S. C.

Mlle B. D..., 19 ans, entre au sanatorium le 12 novembre 1938, présentant :

A gauche : un pneumothorax datant d'un an, créé pour des lésions pneumoniques du lobe supérieur.

A droite : quelques nodules para-hilaires disséminés.

Ce pneumothorax comporte une bride médiastinale qui n'a pu être sectionnée au cours d'une pleuroscopie antérieure.

Depuis plusieurs mois, persistance de deux à trois gros crachats purulents contenant de nombreux bacilles.

Le 7 décembre 1938, une injection I.P. de 0 gr. 05 de *Sanocrysine* est suivie d'une réaction légère et passagère avec amélioration incomplète.

Six semaines après, on pratique une injection de 0 gr. 02 de *Myoral* sans insufflation : réaction violente à 39° pendant deux jours et descente en lysis en huit jours, accompagnée d'une importante réaction liquidienne.

Disparition consécutive presque immédiate de l'expectoration et des bacilles qui n'ont pas réapparu depuis un an. Les petites taches nodulaires du côté opposé sont restées stationnaires.

Conclusion.— Très bon résultat obtenu avec le *Myoral* mais à réaction trop forte et telle qu'on a craint un moment une complication pleurale.

OBSERVATION N° 182 du S. C.

Mlle D... J., 14 ans. Présente à son entrée une caverne sous-claviculaire droite pour laquelle on crée un PNO le 14 février 1936. L'expectoration négative redevient positive un an après.

Une lésion cavitaire dans la partie moyenne du poumon gauche décide de la création d'un PNO de ce côté le 12 mai 1937. Ce PNO gauche est très incomplet avec de nombreuses brides insecables. Une bride sous-tend la caverne qui est toujours visible à la radiographie.

Malgré les brides insecables on pratique un mois après la création du PNO gauche, une injection I.P. de 0 gr. 05 de *Sanocrysine*; crochet fébrile à 38°5.

L'injection de *Sanocrysine* a été suivie de désinsertion spontanée de la bride tendant la caverne. Les pressions étaient anormalement basses à l'insufflation qui a suivi.

A un mois d'intervalle, deuxième injection de 0 gr. 05 de *Sanocrysine* I.P. à gauche. On constate peu après une réduction nette de la cavité qui disparaît progressivement. L'expectoration diminue, toujours négative, depuis le PNO gauche.

En avril 1939 la malade part en vacances avec deux PNO efficaces; température normale; bon état général.

Conclusions. — L'amélioration du collapsus et des lésions gauches a accompagné nettement les injections intra-pleurales. Le résultat est maintenu actuellement.

OBSERVATION N° 327 du S. C.

Mlle D... M., 15 ans. Entre au sanatorium avec un PNO bilatéral. Le gauche datant de un an est efficace; le droit, créé deux mois auparavant présente une cavité suspen-

due par une large bride apico-médiastinale inabordable par la pleuroscopie (fig. 1).

On laisse un peu revenir le PNO et, avec la cure déclinée, on constate une tendance à la rétraction de la cavité du sommet droit.

Trois mois après le PNO droit, on injecte 0 gr. 05 de *Sanocrysine* I.P.; crochet thermique à 39°5; la température revient à la température antérieure (37°5) en quatre

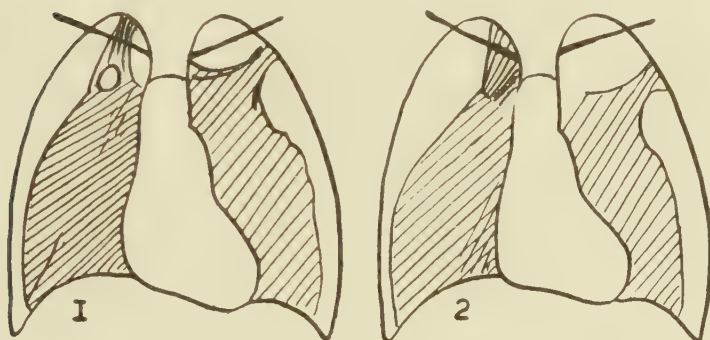


FIG. 1. — Obs. N° 327.

Fig. 1 : cavité suspendue par une large bride apico-médiastinale inabordable par la pleuroscopie.

Fig. 2 : après 0 gr. 05 de *Sanocrysine* I.P. rétraction du lobe supérieur droit.

tre jours. Réaction liquidienne qui ne dépasse pas la coupole diaphragmatique et disparaît vite.

Presque aussitôt la cavité est réduite et invisible et le lobe supérieur droit se rétracte progressivement (fig. 2).

Trois mois et demi après la première injection, on refait à titre de consolidation 0 gr. 05 de *Sanocrysine* I.P.; réaction thermique moins élevée : 37°8 pendant deux jours.

Départ deux mois après avec deux PNO efficaces.

Conclusion. — Le traitement par la Sanocrysine I. P. a été efficace dès la première injection.

OBSERVATION N° 380 du S. C.

Mlle L... R., 28 ans, infirmière. Entre en décembre 1938 à la suite d'une poussée évolutive récente sur une tuberculose ancienne (première hémoptysie neuf ans auparavant).

A l'examen : pas de signes d'auscultation. A la radioscopie : infiltration nodulaire fibreuse des deux sommets avec perte de substance au sommet gauche. Expectoration bacillifère.

Création d'un PNO gauche; celui-ci est incomplet, comportant de nombreuses brides au sommet. L'expectoration diminue mais reste bacillifère.

Un mois après le PNO, on injecte : 0 gr. 05 de *Sanocrysine* dans la plèvre. Crochet thermique à 37°8. L'expectoration diminue et devient négative. Les brides du sommet s'allongent.

A un mois d'intervalle, deuxième injection de 0 gr. 10 de *Sanocrysine*; réaction à 38°2 avec persistance à 37°8 pendant quelques jours; un peu de liquide dans le cul-de-sac diaphragmatique; l'expectoration est de plus en plus rare et l'homogénéisation négative.

A deux mois et demi d'intervalle, troisième injection de consolidation : *Sanocrysine* : 0 gr. 10; température : 38° pendant 24 heures; réaction liquidienne qui disparaît en quinze jours. L'expectoration est nettement diminuée et deux examens sont négatifs.

Conclusion. — Dans un PNO incomplet avec brides inabordables, la Sanocrysine a donné un très beau résultat.

OBSERVATION N° 344 du S. C.

Mme R..., 32 ans. Entre le 2 mai 1938 avec un PNO droit créé en avril 1938 pour ombre du sommet avec expectoration bacillifère. A son entrée, crache encore; à l'examen (Gaffky V). A l'auscultation, quelques râles sous-crépitaux sourds sont audibles en arrière. Le PNO est *partiel antérieur*, mais efficace, agissant sur le lobe antérieur. Le lobe postérieur reste peu influencé par l'insufflation. On ne voit pas nettement l'origine de l'expectoration.

En septembre, expectoration un peu rouge; plusieurs examens restent négatifs. Ce PNO s'agrandit peu à peu. A l'auscultation on entend quelques râles interscapulo-vertébraux à droite.

On pratique à titre de consolidation le 4 février 1939, 0 gr. 02 *Sanocrysine* I.P. Réaction à 37°7 assez prolongée. Les signes d'auscultation disparaissent.

La malade quitte le sanatorium en mars avec un bon état général.

Conclusion. — Dans un PNO partiel les sels d'or l'ont agrandi sans aucun danger.

OBSERVATION N° 354 du S. C.

Mlle F... A., 17 ans. Fait une hémoptysie en décembre 1937; l'examen radiographique montre une petite lésion du côté droit.

Elle présente à l'entrée, le 14 juin 1938, une grisaille du sommet droit; expectoration négative.

Octobre : à la radiographie on voit une petite image ronde suspecte; tubage B. K. + (Gaffky II).

Novembre : création d'un PNO droit. Le PNO est sus-

pendu au sommet. Tubage négatif. Il existe un peu de liquide qui disparaît. On met des sels d'or par précaution supplémentaire.

22 février 1939, *Sanocrysine* : 0 gr. 05. Température 37°8 un soir.

La malade quitte le sanatorium en mars.

Conclusion. — Cas non démonstratif. Bride du sommet. On a fait des sels d'or pour compléter l'efficacité du PNO.

OBSERVATION N° 362 du S. C.

Mlle L..., 27 ans. Entre le 21 juillet 1938 avec un PNO gauche efficace créé pour une tuberculose nodulaire droite d'apparition récente. B.K. : 0. Tubage : B.K. + (Gaffky III).

2 novembre 1938 : création d'un PNO droit. L'expectoration, plus abondante au début, diminue ensuite.

Janvier : tubage B.K. : 0. Le PNO droit est bridé.

16 février 1939, *Sanocrysine* : 0 gr. 05 à droite. Température : 38°7 un jour; pas de liquide.

Le poumon s'éclaircit nettement. ,

Conclusion. — Cas non démonstratif. Bride du sommet. On a fait des sels d'or pour compléter l'efficacité du PNO.

OBSERVATION N° 334 du S. C.

Mlle M. J..., 28 ans, infirmière de sanatorium, présente en janvier 1938, à l'occasion d'une radiographie systématique une infiltration nodulaire sous-claviculaire droi-

te; examen de crachat positif; pas de fièvre; pas d'amaigrissement.

A son entrée, le 24 mars 1938, on constate une infiltration nodulaire assez étendue du poumon droit avec image cavitaire centrale; expectoration positive; rien à gauche.

7 mai : création d'un PNO droit qui est assez largement bridé au sommet. Pas de fièvre. Expectoration minime mais purulente. Pas de signe d'auscultation.

10 juin : B.K. + (Gaffky II) (fig. 1).

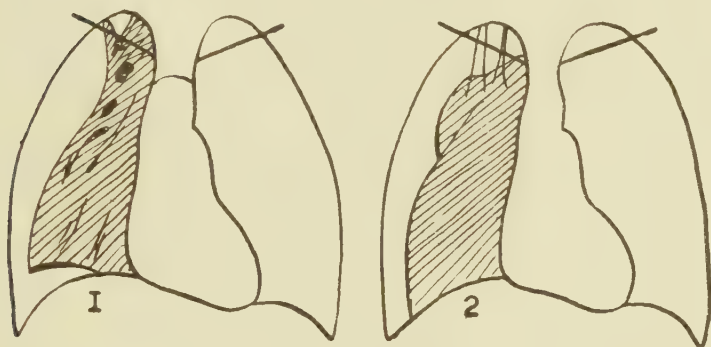


FIG. 2. — Obs. N° 334

Fig. 1 : 10 juin 1938.

Fig. 2 : 14 janvier 1939.

11 juin 1938, *Sanocrysine I.P.* : 0 gr. 05 plus insufflation. Température 37°9 un jour; l'expectoration a augmenté après la Sanocrysine, puis a diminué ensuite.

30 juin : un petit crachat purulent, B.K. +.

7 juillet, *Sanocrysine I.P.* : 0 gr. 10 plus insufflation; réaction passagère à 38°4; pas de liquide; crache beaucoup moins.

29 juillet : crache très peu, B.K. + (2 bacilles). Puis l'expectoration disparaît.

En septembre 1938 quelques crachats donnent B.K. : 0.
Octobre : homogénéisation négative.

L'adhérence large du sommet se dissocie.

Eclaircissement du poumon au niveau des lésions.

31 janvier : B.K. : 0. Amélioration radiologique (fig. 2).

Départ le 24 avril 1939 avec un PNO bridé mais efficace. La symphyse du sommet s'est dissociée en plusieurs adhérences qu'il serait très difficile de sectionner. Cela ne paraît pas nécessaire, la radiographie montrant un éclaircissement d'ensemble de tout le poumon droit et la disparition complète de l'image cavaire. Depuis huit mois toutes les recherches de bacilles sont négatives. Etat général excellent.

Conclusion. — PNO bridé par une symphyse assez large du sommet et dont l'efficacité a pu être complétée par les sels d'or I. P. à deux reprises. Disparition complète de l'expectoration après les sels d'or.

OBSERVATION N° 173 du S. C.

Mlle V. G..., 15 ans, présente à son entrée, le 12 novembre 1935, une lobite supérieure droite excavée pour laquelle on crée aussitôt un PNO droit.

Ce PNO ayant été rendu inefficace par des adhérences non sectionnables, a été abandonné six mois après au profit d'une phrénicectomie. Après une amélioration passagère survient une rechute au printemps 1938 sous la forme d'une grosse lésion cavaire à la partie moyenne du poumon droit, et retour d'une grosse expectoration bacillifère.

En juin 1938 : tentative d'un extra-pleural médical qui amène un décollement extra et intra-pleural étendu et

recréant l'ancien PNO. La poche reconstituée est plus grande que celle du premier PNO. Le PNO se complète progressivement (fig. 1); malgré cela l'expectoration bacillifère persiste et pour cette raison on fait le 21 juillet 1938, *Sanocrysine I.P.* : 0 gr. 05, plus insufflation. A

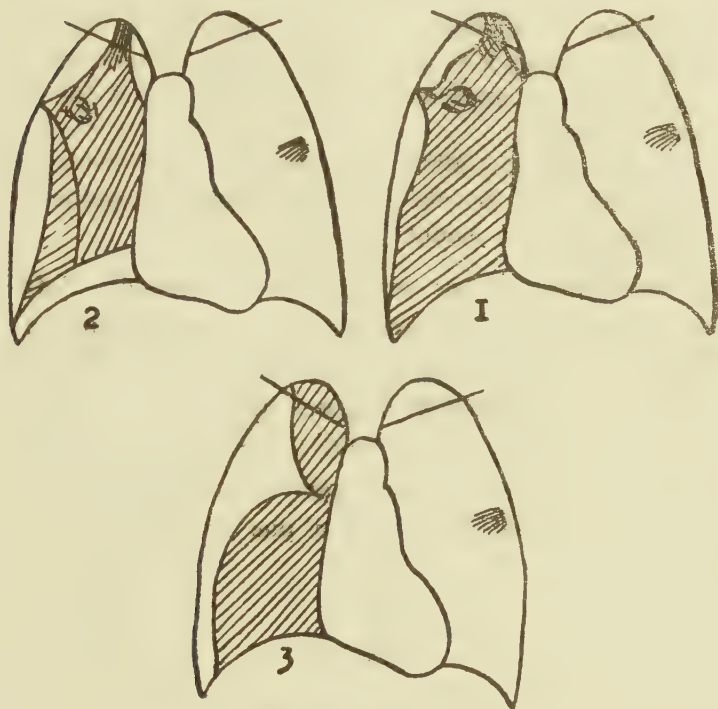


FIG. 3. — Obs. N° 173

Fig. 1 : juin 1938 : avant les injections de sels d'or.

Fig. 2 : 26 juillet 1938 : étirement des brides après 0 gr. 05 de sels d'or.

Fig. 3 : février 1939 : disparition de l'image cavitaire.

noter huit jours après une hémoptysie de moyenne abondance rapidement arrêtée.

Après les sels d'or, les brides s'étirent; les lésions s'améliorent (fig. 2); l'expectoration disparaît peu à peu.

Comme consolidation on fait le 29 novembre 1938, *Sanocrysine I.P.* : 0 gr. 05; réaction à 38°5; peu après, à l'auscultation un foyer de râles fins est audible dans la région para-vertébrale droite.

Expectoration rare et toujours négative.

Le PNO se complète peu à peu.

4 février 1939, *Sanocrysine I.P.* : 0 gr. 08 ; réaction 37°9, le soir; disparition de l'image cavitaire, les deux lobes pulmonaires supérieur et moyen sont tout à fait séparés (fig. 3).

Départ le 15 mai 1939 : la malade va bien; l'expectoration a disparu; le côté opposé présente une petite tache nodulaire non évolutive.

Conclusion. — Les sels d'or ont complété l'efficacité clinique, anatomique et topographique du PNO : disparition de l'expectoration, amélioration des lésions, disparition de quelques brides. A noter que l'hémoptysie qui a suivi la première injection n'a pas eu de conséquences même minimales. La tache nodulaire du côté opposé n'a pas bougé après les sels d'or.

OBSERVATION N° 321 du S. C.

Mlle D. I., 24 ans, entre le 8 janvier 1938, présentant une infiltration du lobe supérieur droit post-grippale de nature tuberculeuse douteuse (fig. 1). Cette nature est prouvée deux mois après seulement par une expectoration bacillifère (Gaffky I).

Le 1^{er} avril on pratique un PNO de sécurité qui apparaît bientôt contro-électif avec bride au niveau des lésions siégeant près de la scissure. Le PNO se complète peu à peu. L'expectoration est minime.

Par suite de la persistance de l'adhérence scissurale, on fait :

Le 28 mai 1938, *Sanocrysine I.P.* : 0 gr. 05; réaction thermique : 37°9 avec un peu de liquide (fig. 2).

Le 23 juin, la bacilloscopie est négative, la région scissurale s'éclaircit.

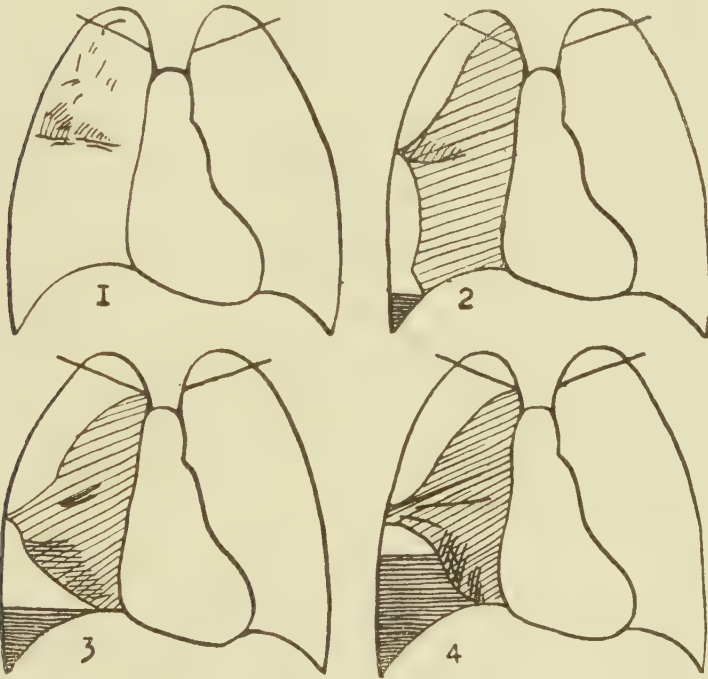


FIG. 4. — Obs. N° 321

Fig. 1 : janvier 1938 — Fig. 2 : 7 juin 1938

Fig. 3 : 23 septembre 1938 — Fig. 4 : 21 avril 1939

En juillet, de nouveau bacilloscopie positive, le liquide est en hausse; réaction d'insufflation à 38°5.

Le 8 août : ponction : 550 cc. liquide citrin; température : 37°7.

Le 23 septembre, ponction : 650 cc., liquide louche. La base du poumon est refoulée, atélectasiée (fig. 3).

Depuis octobre, la bacilloscopie est négative, le liquide reste stationnaire; une nouvelle ponction en novembre ramène un liquide clair. L'adhérence s'étire progressivement (fig. 4), l'expectoration est presque nulle. La température est irrégulière : 37°6 maximum avec parfois des réactions d'insufflation.

Départ le 22 avril pour Grenoble. Le liquide est en hausse lente depuis trois mois. La base droite est un peu atélectasiée. Crache toujours très peu. B.K. : 0.

Après quatre mois de séjour à Grenoble, le liquide s'est presque complètement résorbé, il en reste une goutte dans le cul-de-sac droit. Le PNO est insufflé toutes les trois semaines. La malade a pris quatre kilos et va très bien.

Conclusion. — La Sanocrysine I. P. a déclenché un épanchement à allure froide qui a augmenté peu à peu en même temps que disparaissaient les bacilles; depuis l'épanchement a disparu et l'efficacité complète est obtenue.

OBSERVATION N° 232 du S. C.

Mlle D. M..., 18 ans. Antécédents : 1934 : érythème noueux.

Juillet 1936 : début de scissurite gauche avec petit laeis de condensation partant de la corne supérieure du hile gauche.

A son entrée, le 2 août 1936 : B.K. : 0; lésions nodulaires à la partie moyenne du poumon gauche, température irrégulière, la radioscopie révèle une image suspecte latérale.

Le 20 avril 1938 on crée, par prudence, un PNO gauche; le PNO est bridé latéralement.

30 mai, *Sanocrysine* I.P. : 0 gr. 05. Température : 37°9; on voit nettement un nodule très sombre sous-tendu par une bride (fig. 1).

21 juillet, *Sanocrysine* : 0 gr. 15 plus insufflation. Température : 38°6, puis retour à la normale en deux jours; un peu de liquide qui persiste.

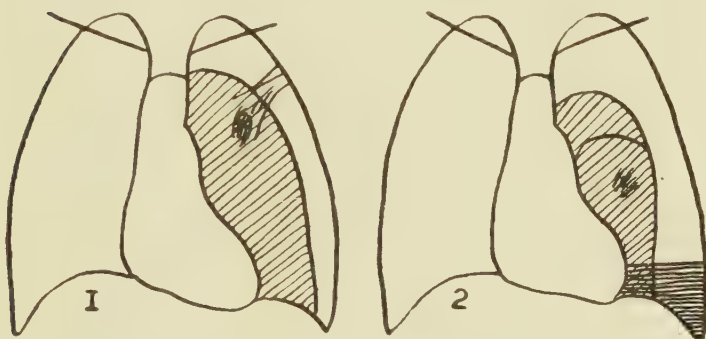


FIG. 5. — Obs. N° 232

Fig. 1 : mai 1938 :

Fig. 2 : octobre 1938 :

15 septembre, *Crisalbine* : 0 gr. 15. Température : 38°2, liquide en légère hausse.

Octobre : la bride n'est plus visible (fig. 2). PNO très complet; une tache reste dans le moignon; le PNO s'élective, liquide en hausse. B.K. : 0.

Avril 1939 : départ pour trois mois.

Conclusion. — Pas d'expectoration : B. K. = 0 et tubage négatif. On a fait un PNO de sécurité pour des lésions en voie d'évolution. Les sels d'or ont complété le PNO bridé et amélioré les lésions. Température toujours irrégulière.

OBSERVATION N° 284 du S. C.

Mme L. O..., 26 ans. Antécédents : en février 1934 : bacilloscopie positive; radiographie : lésion du sommet gauche; grossesse de deux mois.

Mars 1934 : création d'un PNO gauche.

20 septembre : accouchement normal; PNO entretenu régulièrement; reprend son travail; B.K. : 0.

Avril 1936 : arrêt du PNO; cobaye négatif.

Novembre 1936 : B.K. : +.

Mars 1937 : reprise du PNO; B.K. : 0.

Mme L... entre au sanatorium le 20 juin 1937 : bon état général; expectoration muco-purulente assez abondante : B.K. + (Gaffky I). A l'auscultation, signes de bronchite très bruyants (forme sécrétante); PNO très incomplet avec adhérence à la paroi latérale sur une large zone (fig. 1).

9 juillet 1937, *Sanocrysine I.P.* : 0 gr. 05. Température : 38°9 un jour; expectoration très diminuée, signes de bronchite atténués immédiatement; B.K. +.

6 août, *Sanocrysine* : 0 gr. 10. Température : 39°2, un soir; un peu de liquide dans le cul-de-sac; crachats plus blancs et plus petits (un purulent intermittent); aucun signe de bronchite (quelques ronchus seulement avant les règles).

4 septembre, *Sanocrysine* : 0 gr. 10. Température : 39°2; réaction thermique prolongée puis retour à la normale en sept jours; un peu de liquide; douleur contro-latérale, collapsus plus marqué; le PNO n'a pas besoin d'insufflation pendant trois semaines; moignon plus sombre (fig. 2).

En novembre 1937 : bacilloscopie négative.

Le 23 décembre 1937, le PNO se complète : brusquement une partie de la grosse adhérence s'est détachée et, en même temps, le PNO s'est insufflé spontanément (fig. 3).

En mai 1938 : H : +.

Le 30 mai on fait une phrénicectomie gauche, car le diaphragme tire très fort sur le poumon et le tend.

En juin : H : +.

7 juillet 1938, *Sanocrysine I.P.* 0 gr. 15. Température : 38°8 deux jours.

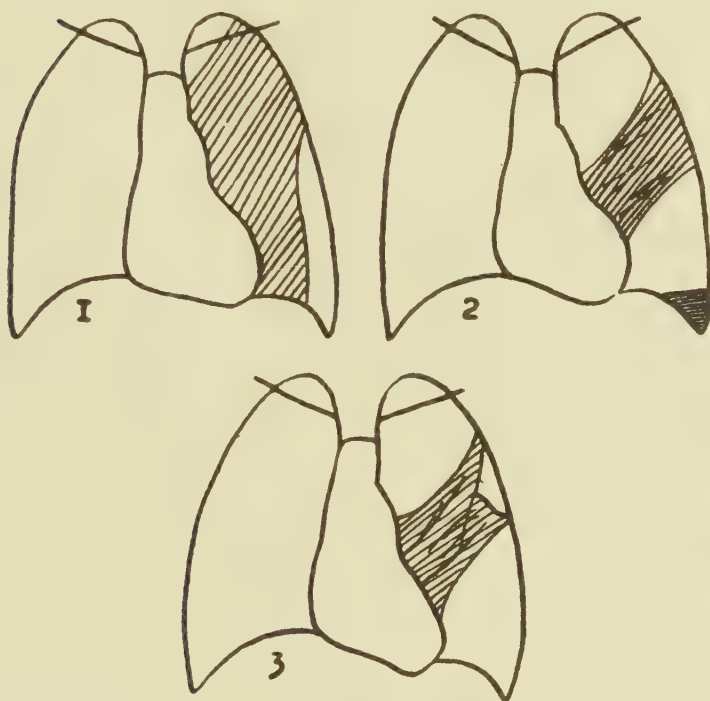


FIG. 6. — Obs. N° 284

Fig. 1 : 20 juin 1937 : à l'entrée en sanatorium.

Fig. 2 : 8 septembre 1937.

Fig. 3 : 23 décembre 1937.

Le poumon est plus collabé, très peu de liquide; la malade crache moins : deux examens : B.K. : 0; une H : +, puis trois examens : B.K. : 0.

Mme L... quitte le sanatorium en octobre 1938; elle va bien; la température est normale. Elle a eu depuis un enfant et se consolide progressivement.

Conclusion. — La Sanocrysine intrapleurale a eu une action manifeste et rapide sur les phénomènes congestifs (bronchite, sécrétion broncho-pulmonaire).

Disparition progressive des B. K. et amélioration du collapsus.

Cas typique de bon résultat avec large adhérence.

OBSERVATION N° 339 du S. C.

Mlle D... M.-L., 25 ans, infirmière.

A son entrée, le 20 avril 1938, présente une infiltration intercléido-hilaire gauche relativement récente à tendance fibreuse. Etat subfébrile; de plus, arthralgie due probablement à un rhumatisme de Poncet.

A la suite de deux *examens positifs* de l'expectoration on crée le

24 mai, un *PNO gauche* qui apparaît très médiocre, température toujours subfébrile; cependant l'expectoration diminue puis disparaît.

Le PNO bridé s'améliore progressivement; température toujours irrégulière. Comme traitement adjuvant on fait le

8 novembre 1938, *Sanocrysine I. P.* : 0 gr. 05; température 39° un soir; un peu de liquide dans le cul-de-sac. La bride du sommet qui était large paraît plus secable depuis la Sanocrysine.

21 janvier 1939, *Sanocrysine I.P.* : 0 gr. 05; température : 38°8 qui baisse rapidement; la bride du sommet se dissocie et rend possible la section de bride faite deux mois après. Les suites sont normales et le PNO excellent permet à la malade de quitter le sanatorium en mai 1939.

Conclusion. — Les sels d'or ont un peu allongé les brides et rendu possible la section de brides. Ils n'ont amené aucune complication.

OBSERVATION N° 379 du S. C.

Mlle F... M.-C., 24 ans, élève-infirmière. Présente à son entrée : à gauche, un complexe primaire ganglio-pulmonaire de la base avec petite perte de substance; à droite, lobite supérieure nodulaire paraissant au début. Pas d'expectoration; tubage positif (Gaffky III).

Après un PNO gauche électif à la base, le tubage est encore positif.

Une image cavitaire visible à droite décide la création d'un PNO droit; celui-ci est bridé juste au niveau de la lésion.

Un mois après le PNO droit on injecte 0 gr. 05 de *Sanocrysine* dans la plèvre; crochet à 37°9 un jour, avec un peu de liquide qui disparaît vite.

Bientôt la cavité droite s'efface et l'on pratique une section de bride dont les suites sont normales.

Conclusion. — Résultat favorable, rapide, dans un PNO bridé.

OBSERVATION N° 371 du S. C.

Mlle F... H., 29 ans. Présente à son entrée une tuberculose des deux sommets.

Un PNO gauche fait apparaître deux cavernes.

Une injection de *Crisalbine* de 0 gr. 05 six semaines après donne peu de réaction et entraîne un effacement de la cavité du sommet; celle du hile ne se voit plus nettement.

Cinq mois après la création du PNO gauche on tente un PNO droit qui apparaît bridé.

Malgré les brides, on injecte à droite 0 gr. 05 de *Sanocrysine*; réaction thermique à 38°5.

Trois semaines après : 0 gr. 10 de *Sanocrysine*; température : 38°6. L'expectoration diminue.

A deux mois d'intervalle, troisième injection de 0 gr. 05 de *Sanocrysine*; température : 37°8. La bride s'étire, ce qui a rendu plus facile sa section ultérieure.

Conclusion. — A gauche l'action des sels d'or a été favorable : les images cavitaires ont presque entièrement disparu. A droite, la bride s'est étirée et a été sectionnée ensuite.

OBSERVATION N° 338 du S. C.

Mlle L... J., 18 ans. Présente à son entrée une tuberculose fibro-caséuse du lobe supérieur droit et une tramite un peu accentuée à gauche. Expectoration bacillifère. Création d'un PNO droit qui est bridé au sommet. L'expectoration persiste bacillifère.

Trois semaines après le PNO, on injecte 0 gr. 05 de *Sanocrysine* intra-pleurale; température : 38°5; l'expectoration est moins épaisse, toujours positive.

L'atélectasie consécutive aux sels d'or met en évidence une bride antéro-latérale.

Une section de brides complète le PNO mais laisse persister les bacilles.

Un mois après la section de brides, on injecte 0 gr. 10 de *Sanocrysine* I. P.; température : 38°4. L'atélectasie du lobe supérieur droit s'accroît mais l'expectoration n'est pas modifiée.

Trois semaines après la dernière injection on essaie

un demi cc. de Myoral I.P. sans insufflation après avoir laissé le poumon revenir à la paroi; la réaction thermique a été assez faible : $37^{\circ}9$, s'accompagnant d'un peu de liquide.

L'expectoration diminue mais reste positive.

La malade part en vacances et revient avec un PNO très poussé, toujours sans modification de l'expectoration.

Conclusion. — PNO rendu parfaitement complet par une section de brides, malgré cela persistance de l'expectoration. Les sels d'or ont eu une action peu évidente et pas assez rapide pour être indiscutable.

OBSERVATION N° 311 du S. C.

Mlle D. R..., 23 ans, présente à son entrée, le 30 octobre 1937, une tuberculose fibro-ulcéreuse gauche avec infiltration discrète du côté droit.

10 novembre 1937 : création d'un PNO gauche qui est incomplet, avec adhérences nombreuses paraissant sécables en partie.

15 mars 1938, *Sanocrysine* : 0 gr. 05. Température : $37^{\circ}7$; un peu de liquide.

7 avril, *Sanocrysine* : 0 gr. 08. Température : $37^{\circ}8$. Le collapsus pulmonaire est augmenté, le liquide assez abondant, les brides deviennent abordables.

28 juillet, *Sanocrysine* : 0 gr. 15. Température : 38° , un peu de liquide; le collapsus est très augmenté, l'expectoration disparaît; le PNO est beaucoup plus complet.

A la suite d'un tubage ayant décelé quelques rares bacilles on refait une injection intra-pleurale de *Crisalbine*, 0 gr. 15; réaction thermique : $37^{\circ}8$.

Les brides se sont dissociées et allongées considérable-

ment et actuellement à la radio, on n'en voit plus qu'une paraissant facile à couper et dont la section a été faite ensuite.

Conclusion. — Les sels d'or intrapleuraux ont donné un très bon résultat sans incident dans un PNO très bridé.

OBSERVATION N° 382 du S. C.

Mlle C... B., 17 ans. Présente à son entrée une tuberculose ulcéreuse bilatérale post-hémoptoïque.

On crée le 22 décembre 1938 un PNO droit qui rend plus visible la caverne sous-claviculaire.

Le 25 janvier 1939 : création d'un PNO gauche qui fait apparaître nettement deux cavernes supéro-externes.

21 mars, *Sanocrysine I.P. à droite* : 0 gr. 05. Température : 39°. Les brides semblent devenir secables.

5 mai, *Sanocrysine I.P. à gauche* : 0 gr. 05. Température : 38°4.

9 juin, *Sanocrysine I.P. : 0 gr. 05 à gauche*. Température : 38° un soir. Petite réaction liquidienne. Les brides s'étirent.

En juillet, une section de brides à droite entraîne un collapsus satisfaisant.

En octobre, une section à gauche libère une caverne qui reste visible.

Pour cette raison on injecte 3/4 cc. *Myoral*. Température : 39°-38° pendant trois jours. On constate aussitôt un assombrissement de la lésion.

Conclusion. — Les sels d'or ont facilité la section de brides mais n'ont pas eu une action nette sur les lésions.

OBSERVATION N° 152 du S. C.

Mlle R... J., 36 ans. En traitement sanatorial depuis quatre ans, est porteuse d'un oléothorax extra-pleural à droite et d'un PNO à gauche.

Bien que le PNO gauche soit bridé, on fait six mois après sa création des sels d'or pour enrayer l'expectoration qui est purulente et bacillifère.

Au cours d'une insufflation on met 0 gr. 05 de *Sanocrysine I. P.*; crochet thermique à 37°8; l'expectoration diminue.

A un mois d'intervalle, deuxième injection de 0 gr. 05 de *Sanocrysine I. P.*; température : 37°6. Mais l'expectoration persiste, les lésions gauches s'accroissent et l'on fait une section de brides gauches.

Malgré l'intervention l'expectoration persiste. Ce n'est qu'après une pleurésie gauche que les lésions se sont améliorées.

Conclusion. — Les sels d'or ont été efficaces mais n'ont pas entraîné de complications dans un PNO bridé.

OBSERVATION N° 384 du S. S.

Mlle C... R., 27 ans. Présente à son entrée : à droite, une infiltration fibro-nodulaire post-hémoptoïque; à gauche, quelques taches au sommet.

Création d'un PNO droit qui se complète spontanément. Il existe quelques adhérences au sommet. L'expectoration reste bacillifère.

Un mois après ce PNO, on injecte 0 gr. 05 de *Sanocrysine I. P.*. Aucune réaction.

A trois semaines d'intervalle, deuxième injection de 0 gr. 10 de *Sanocrysine I. P.*; température 38°2. Les brides s'étirent. L'expectoration diminue.

Deux mois après la dernière injection de Sanocrysine, évolue une pleurésie qui nécessite une ponction et entraîne une évolution du côté opposé.

Malgré la création d'un PNO gauche l'expectoration est encore bacillifère.

Conclusion. — Ce cas reste un échec. Apparition d'un épanchement d'ailleurs bénin. Peut-être la deuxième dose a-t-elle été trop forte. L'aggravation contro-latérale n'est pas directement imputable aux sels d'or et n'en dérive que par l'intermédiaire de l'épanchement; celui-ci est donc doublement une complication.

OBSERVATION N° 364 du S. C.

Mlle C... A., 24 ans. Entre en août 1938 pour une lobite ulcérée droite pour laquelle on crée un PNO droit.

On observe une rétraction élective de la lobite, mais avec de nombreuses brides.

Une petite expectoration muco-purulente persiste. B. K. +.

13 décembre, *Crisalbine I. P.* ; 0 gr. 10.

Liquide réactionnel assez abondant.

Crochet thermique à 38°. Expectoration toujours positive.

Lorsque le liquide réactionnel a disparu on refait une injection le 10 février, *Sanocrysine I. P.* : 0 gr. 10.

Température 37°6. L'expectoration diminue mais reste toujours positive. A la radioscopie une petite tache apparaît à gauche.

En mars, section de brides dont les suites sont normales, puis survient une pleurésie qu'on ponctionne en mai.

Depuis, après l'apparition d'une caverne à gauche, on a créé un PNO de ce côté et la pleurésie droite a été ponctionnée trois fois.

Conclusion. — Les sels d'or ont été ici un échec complet. L'image cavitaire a persisté malgré la section de brides d'ailleurs incomplète, et les sels d'or intra-pleuraux.

Une pleurésie purulente froide a suivi la section de brides.

Le côté opposé s'est aggravé.

OBSERVATION N° 403 du S. C.

Mlle R... M., 27 ans. Avait en mars 1938 une cuti-réaction négative. En février 1939 au cours d'un épisode fébrile un examen des crachats est positif. Le 11 mars 1939 on crée un PNO pour des lésions ulcéreuses droites.

A son entrée au sanatorium un mois après la création du PNO : l'expectoration est abondante et bacillifère (Gaffky IV); la température est subfébrile; le PNO est bridé en haut et latéralement.

Le 4 mai, injection de 0 gr. 05 de *Sanocrysine*. L'expectoration persiste aussi abondante; les brides s'étirent.

Le 7 juin, section de deux brides droites; le PNO est complet.

Mais un mois après réapparition de la caverne dans le moignon pulmonaire et apparition d'une nouvelle caverne dans le lobe inférieur droit.

Deuxième injection de *Sanocrysine* : 0 gr. 05; température : 39°5 qui revient presque à la normale. Les lésions s'estompent à la radioscopie; l'expectoration n'est pas modifiée.

22 septembre, 2 cc. de *Myoral I. P.*; réaction à retar-

dement à 38°5. Le collapsus est très accentué et s'accompagne d'une importante réaction liquidienne; mais l'expectoration reste toujours très abondante.

Une symphyse de la base s'amorce et l'on complète le PNO par une phrénicectomie. La fièvre et l'expectoration persistent.

Actuellement le PNO est opaque avec symphyse en avant et l'on tente de le comprimer par un oléothorax.

Conclusion. — Tous les traitements ont échoué. Le PNO complet est resté inefficace; les sels d'or ont amené une amélioration radioscopique transitoire sans modification des signes cliniques. La phrénicectomie a été également inefficace.

OBSERVATION N° 160 du S. C.

Mlle B... A., 17 ans. Présente à son entrée un PNO gauche efficace malgré une bride latéro-apexienne.

A la suite d'une poussée évolutive contro-latérale : création d'un PNO droit.

Le lobe supérieur droit est très congestif. Un mois après le PNO on injecte à droite 0 gr. 05 de *Sanocrysine* I. P.; réaction à 39°5; la température ne baisse pas et une pleurésie aiguë évolue à droite.

La pleurésie régresse, mais survient une tuberculose abdominale et la malade meurt cinq mois après.

Conclusion. — Les sels d'or ont déclenché un épanchement pleural aigu qui a été suivi d'une localisation abdominale. Celle-ci ne peut être considérée comme une intolérance aux sels d'or puisqu'une série de *Sanocrysine* I. V. avait été faite auparavant.

PNEUMOTHORAX COMPLETS

OBSERVATION N° 330 du Sanatorium Chantoiseau.

Mlle R. E..., 20 ans, entre au sanatorium en février 1938 atteinte d'une lobite supérieure droite excavée. Création d'un PNO artificiel le 2 mars 1938 qui nécessite trois mois après une section de brides dont les suites sont normales.

Après une bacilloscopie négative elle redevient positive (Gaffky V); l'expectoration est muco-purulente, des images suspectes apparaissent dans le moignon pulmonaire; on note de plus de l'amaigrissement.

En septembre 1938, injection intra-pleurale de 0 gr. 10 de *Sanocrysine*; réaction thermique: 38°2; très peu de liquide.

Le 4 octobre, 0 gr. 15 de *Sanocrysine*; température : 37°8. La toux et l'expectoration diminuent. Bacilloscopie négative. Amélioration radioscopique des lésions depuis la *Sanocrycine*. Un petit crachat ayant montré à nouveau des B. K. (Gaffky IV), on pratique, le 4 février, une injection de 0 gr. 04 de *Myoral* intra-pleurale; température : 38°2.

L'expectoration reste bacillifère. Il semble qu'on doive l'attribuer à une image suspecte du côté gauche.

On pratique un PNO gauche qui est complet d'emblée. Les lésions s'améliorent radiologiquement. Du fait de ses deux PNO, la malade maigrit.

Le 22 juin, la malade quitte le Sanatorium présentant

une expectoration minime avec quelques rares bacilles; les lésions sont nettement améliorées.

Conclusion. — La pleurésie provoquée a amélioré le côté droit, mais peut avoir contribué à l'aggravation des lésions gauches.

OBSERVATION N° 405 du S. C.

Mlle V... D., 28 ans, infirmière. Présente à son entrée un nodule sous-claviculaire externe du poumon gauche. Expectoration bacillifère.

Un PNO gauche est complet d'emblée. L'expectoration augmente.

Un mois après le PNO, on fait 0 gr. 05 de *Sanocrysine*; réaction : 38°7 un soir. L'expectoration disparaît. La malade va bien et demande à partir. Avant son départ, on note une tache sous-claviculaire droite.

Conclusion. — Bon résultat local. Evolution controlatérale non directement imputable aux sels d'or.

OBSERVATION N° 317 du S. C.

Mlle S... M., 24 ans. Entre en novembre 1937 avec un PNO droit datant de deux ans et demi et sous lequel persiste une petite caverne sous tendue par une bride mince.

Malgré le PNO complété par une section de bride en janvier 1938 la caverne persiste. L'expectoration reste bacillifère.

11 mars 1938, 0 gr. 015 de *Sanocrysine* I.P. pas de réaction; expectoration toujours très purulente.

7 avril, 0 gr. 02 de *Sanocrysine*.

14 avril, 0 gr. 05 de *Sanocrysine*; le collapsus pulmonaire est plus marqué.

5 mai, 0 gr. 15 de *Sanocrysine*; réaction thermique insignifiante. L'expectoration est très diminuée mais encore bacillifère.

24 mai, 0 gr. 25 de *Sanocrysine* sans réaction nette. La caverne est toujours visible dans le moignon pulmonaire.

Quinze jours après, température à 38°8 en rapport avec une caverne hilare dans le côté opposé.

Création d'un PNO gauche.

Conclusion. — Ce cas reste un échec complet de la chrysothérapie intra-pleurale.

OBSERVATION N° 279 du S. C.

Mlle J. S..., 25 ans. En 1933, un examen révèle une bacilloscopie positive; rien à signaler à la radiographie. En 1936, hémoptysie peu abondante, sans fièvre.

Entre au sanatorium le 1^{er} juin 1937 avec un PNO droit datant de 6 mois, créé pour lésions broncho-pneumoniques. L'expectoration est très purulente et très bacillifère (Gaffky IV). A l'auscultation, signes ulcéreux à droite; à la radioscopie plusieurs brides tirent sur les lésions. Malgré des pressions augmentées ce collapsus est insuffisant.

Après une section de trois brides la température reste haute et l'expectoration très purulente.

17 août, *Sanocrysine* : 0 gr. 05. Température : 39°, légère réaction liquidienne; les règles reviennent un jour. On note une amélioration lente des lésions; un moignon pulmonaire plus sombre et rétracté, mais la lésion ulcéreuse est toujours audible et visible dans le lobe supérieur.

Décembre : après avoir eu une grosse poussée évolu-

tive dans son moignon pulmonaire, celui-ci paraît se rétracter.

Pour éviter une symphyse commençante de la base, on injecte dans la plèvre le 29 décembre 1937, *Sanocrysine* : 0 gr. 05, clocher thermique à 40°; la température revient en quatre jours à la température antérieure : 37°9.

L'expectoration diminue. Signes ulcéreux toujours perçus en arrière. B. K. +.

Malgré la Sanocrysine, la symphyse du diaphragme s'affirme. Une poussée liquidienne survient, nécessitant deux ponctions : liquide clair.

Le 11 mai, on fait une alcoolisation du phrénique.

Tendance à l'envahissement du côté opposé; expectoration toujours positive (Gaffky V).

Le PNO disparaît peu à peu.

La malade part chez elle en mai 1939 dans un état très précaire.

Conclusion. — Malgré un PNO rendu topographiquement satisfaisant par la section de bride, les lésions ont continué à évoluer.

La pleurésie provoquée a donné lieu à des réactions modérées qui sont demeurées elles aussi inefficaces.

OBSERVATIONS DU SANATORIUM DU BOIS-DE-L'OURS

PNEUMOTHORAX BRIDES

OBSERVATION N° 607

communiquée par MM. LUCIEN et MOULIS
(Sanatorium du Bois-de-l'Ours)

M. A... Louis, 26 ans, fait une hémoptysie en janvier 1938. Deux mois après, la radioscopie révèle une lésion ulcéreuse du sommet gauche pour laquelle on crée le 25 mars un pneumothorax.

A son entrée, le 2 mai 1938, il présente à gauche : un pneumothorax avec une large bande adhérentielle sous-claviculaire contenant une image cavitare, trois travers de doigt de liquide, à droite : tramite discrète (fig. 1).

B. K. +.

Le 2 août 1938 : ponction de 1.050 cc. liquide citrin clair.

Le 6 août : injection I.P. de 0 gr. 05 crisalbine, réaction thermique 37°6 un jour.

13 août, crisalbine 0 gr. 05, température 37° 4, un jour.

20 août, crisalbine 0 gr. 05, température 37°5, un jour

30 août, crisalbine 0 gr. 05, température 37°3, un jour.

6 septembre, crisalbine 0 gr. 05, température 37°3,

B. K. +.

13 septembre, crisalbine 0 gr. 10, température 37°4, un jour.

- 20 septembre, crisalbine 0 gr. 10, température 37°4, un jour.
- 27 septembre, crisalbine 0 gr. 10, température 37°2, un jour.
- 4 octobre, crisalbine 0 gr. 10, température 37°2, B. K. +.
- 11 octobre, crisalbine 0 gr. 15, température 37°2.
- 18 octobre, crisalbine 0 gr. 15, température 37°2.
- 25 octobre, crisalbine 0 gr. 15, température 37°3, H = 0.
- 31 octobre, crisalbine 0 gr. 15, température 37°3.
- 8 novembre, crisalbine 0 gr. 20, température 37°4, un jour, H = 0.
- 15 novembre, crisalbine 0 gr. 20, température 37°4, deux jours, H = 0.
- 22 novembre, crisalbine 0 gr. 20, température 37°4, un jour, H = 0.
- 27 novembre, poussée liquidienne avec une poussée thermique à 39°.
- 3 décembre, ponction : 1 l., 350 cc. *liquide clair*.
- 17 décembre, ponction 800 cc., 350 cc. *liquide verdâtre*.
- 20 janvier 1939, ponction 700 cc., 350 cc. *liquide puriforme*.
- 21 février, ponction exploratrice liquide contenant des germes associés ayant la morphologie du staphylocoque.

Cette pleurésie purulente à staphylocoques est rapidement enrayée par des injections d'anatoxine staphylococcique et des lavages de plèvres fréquents.

En résumé, les injections de sels d'or ont produit une rétraction très importante du moignon avec une augmentation assez importante du liquide, la disparition progressive de l'image cavitaire (fig. 2 et 3) et la stérilisation de l'expectoration. Par la suite, pleurésie à staphylocoque vite guérie par l'anatoxine et les lavages.

Ce malade quitte le Sanatorium le 26 mai 1939. Nous recevons de ses nouvelles en septembre 1939 : l'excellent résultat est maintenu : sommet du moignon adhérent mais homogène ; toutes les analyses homo. = 0, liquide

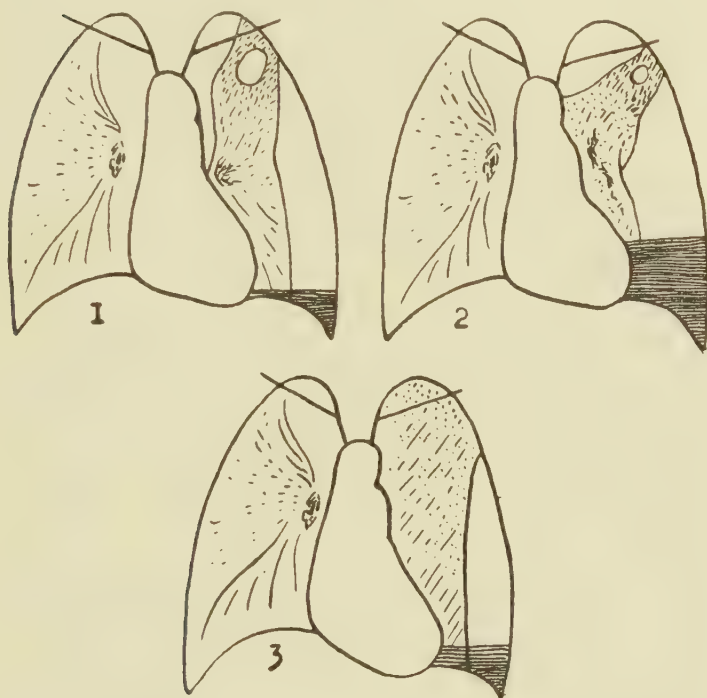


FIG. 7. — Obs. N° 607

Fig. 1 : 2 mai 1938 : à l'entrée au sanatorium.

Fig. 2 : 11 octobre 1938 : après 0 gr. 80 de sels d'or intra-pleuraux.

Fig. 3 : 17 mars 1939 : après 1 gr. 85 de sels d'or intra-pleuraux.

se reproduisant très lentement ne nécessitant pas plus d'une ponction par mois (liquide puriforme). Entre les ponctions, les insufflations se font tous les huit jours en pressions positives.

Conclusion. — Posologie à notre avis un peu forte. Doses trop rapprochées. Il est possible qu'en les espaçant davantage on eût pu éviter l'épanchement purulent.

OBSERVATION N° 582

communiquée par MM. LUCIEN et MOULIS
(Sanatorium du Bois-de-l'Ours)

M. D... Marcel, 38 ans. En janvier 1938, une lobite supérieure gauche avec infiltration parascissurale droite — B. K. + — nécessite, le 11 janvier, la création d'un pneumothorax gauche.

Ce malade entre au Sanatorium le 1^{er} mars 1938, il présente à gauche un pneumothorax avec une large zone adhérentielle sous-claviculaire et une géode nette en face de cette symphyse au milieu d'une zone condensée (fig. 1). B. K. +. A droite, il n'y a rien à signaler.

2 avril 1938, crisalbine 0 gr. 05, température 38°2, deux jours.

5 avril, crisalbine 0 gr. 05, température 37°5 deux jours.

9 avril, crisalbine 0 gr. 10, température 37°5, un jour.

12 avril, crisalbine 0 gr. 10, température 37°5, deux jours.

16 avril, crisalbine 0 gr. 15, température 38°, un jour.

19 avril, crisalbine 0 gr. 15, température 37°5, deux jours.

23 avril, crisalbine 0 gr. 20, température 37°3.

26 avril, crisalbine 0 gr. 20, température 37°5, un jour.

30 avril, crisalbine 0 gr. 20, température 37°2.

2 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°.

7 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°3, un jour.

10 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°2.

14 avril, crisalbine 0 gr. 20, température 37°5, deux jours.

17 avril, crisalbine 0 gr. 20, température 37°5, deux jours.

23 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°4.

28 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°4.
31 mai, crisalbine 0 gr. 25, température 37°3.
4 juin, crisalbine 0 gr. 25, température 37°3.
8 juin, crisalbine 0 gr. 25, température 37°4.
11 juin, crisalbine 0 gr. 25, température 37°4.
14 juin, crisalbine 0 gr. 25, température 37°4.
18 juin, crisalbine 0 gr. 05, température 37°3.

Toujours B. K. + à la fin de la série.

Le liquide a monté de deux travers de doigts, les condensations sous-claviculaires se sont éclaircies.

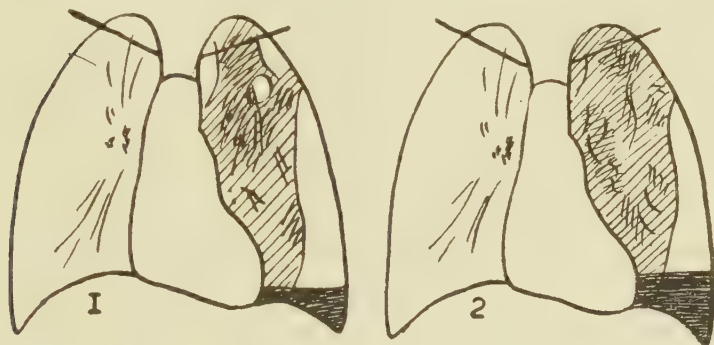


FIG. 8. — Obs. N° 582

Fig. 1 : 1^{er} mars 1938 : à l'entrée au sanatorium.

Fig. 2 : 12 août 1938 : après les injections de sels d'or.

Image suspecte d'interprétation difficile non confirmée par la scopie.

A partir du 30 juillet, deux analyses $H = 0$.

Le 3 août, quelques traces d'albumine qui disparaissent peu après. Deux analyses sont encore $H = 0$. On constate une amélioration radiologique (fig. 2).

M. D... quitte le Sanatorium le 27 août 1938 contre avis médical ; le liquide a disparu.

Conclusion. — Le résultat est assez satisfaisant vu la gravité du cas à l'entrée.

OBSERVATIONS N^{os} 314 et 579
communiquée par MM. LUCIEN et MOULIS
(Sanatorium du Bois-de-l'Ours)

M. M... Charles, 36 ans, a fait trois séjours au Sanatorium.

A son entrée le 4 septembre 1936 : à droite, une infiltration du lobe supérieur avec image très suspecte ; à gauche, une tramite discrète — B. K. +.

Le 16 novembre 1936, on fait un pneumothorax droit qui paraît efficace : H. = 0.

Ce malade part le 31 mai 1937.

Il revient au Sanatorium le 18 février 1938. Les B. K. ont réapparu et, en même temps, deux images très suspectes sont apparues dans le sommet du moignon droit.

On fait une pleuroscopie le 28 mai 1938 et on tombe sur un poumon symphysé en haut et en arrière en totalité. On décide de faire des sels d'or intra-pleuraux.

31 mai 1938, crisalbine 0 gr. 05, température 38°5, deux jours.

4 juin, crisalbine 0 gr. 05, température 38°, quatre jours.

8 juin, crisalbine 0 gr. 05, température 38°2, deux jours.

12 juin, crisalbine 0 gr. 05, température 37°8, un jour.

14 juin, crisalbine 0 gr. 05, température 37°8, quatre jours.

18 juin, crisalbine 0 gr. 05, température 38°4, cinq jours.

Puis diminution progressive à la normale.

En raison de la dernière réaction thermique, on arrête momentanément les sels d'or.

5 août, crisalbine 0 gr. 05, température 37°8, deux jours.

13 août, crisalbine 0 gr. 05, température 37°8, deux jours.

20 août, crisalbine 0 gr. 05, température 37°6, deux jours.

30 août, crisalbine 0 gr. 05, température 38°8, un jour.

6 sept., crisalbine 0 gr. 05, température 38°, trois jours.

Résultat : légère poussée liquidienne avec tendance à la symphyse. B. K. toujours +.

Le 19 octobre, on crée le pneumothorax diagnostique à gauche ; mais les B. K. persistent et l'on a confirmation d'une géode de plus en plus nette au sommet du moignon droit (vérification par tomographie). On envisage maintenant une thoracoplastie du sommet droit.

Conclusion. — Adhérence trop large pour permettre à l'action des sels d'or d'être utile. A noter qu'il n'y a pas eu de pleurésie malgré l'importance de la bride et de la lésion.

OBSERVATION N° 497

communiquée par MM. LUCIEN et MOULIS

(Sanatorium du Bois-de-l'Ours)

M. P... Marcel, 34 ans. La maladie débute insidieusement en avril 1937 ; l'examen radioscopique, un mois après, révèle une lésion dans la partie moyenne du poumon gauche. B. K. +. Le 7 juin, on crée un pneumothorax gauche.

M. P... entre au Sanatorium le 13 août 1937. A gauche : collapsus adhérent dans la région sous-claviculaire avec décollement apical et basal ; deux images très suspectes dans la partie basale du moignon ; deux travers de doigts de liquide. A droite : normal.

Le collapsus est entretenu avec la pression 0, puis + 2, puis + 4. En mars, il n'y a aucun changement : l'image est toujours suspecte (bien que la base du moignon soit plus collabée). Toujours B. K. +.

Avant les sels d'or, diminution du liquide.

19 mars 1938, crisalbine 0 gr. 05, température 37°4, un jour.

22 mars, crisalbine 0 gr. 05, température 37°4, un jour.
26 mars, crisalbine 0. gr. 05, température 37°3.
29 mars, crisalbine 0 gr. 05, température 37°4.
2 avril, crisalbine 0 gr. 10 température 37°2.
5 avril, crisalbine 0 gr. 10, température 37°2.
9 avril, crisalbine 0 gr. 10, température 37°1.
13 avril, crisalbine 0 gr. 10, température 36°9.
16 avril, crisalbine 0 gr. 15, température 37°2.
19 avril, crisalbine 0 gr. 15, température 36°9.
23 avril, crisalbine 0 gr. 20, température 37°.
26 avril, crisalbine 0 gr. 20, température 37°.
30 avril, crisalbine 0 gr. 20, température 36°9.
4 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 36°9.
7 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 36°9.

Toujours B. K. +.

Après la série, augmentation du liquide d'environ quatre travers de doigt, accentuation du collapsus mais persistance de l'image suspecte et toujours B. K. +.

M. P... quitte le Sanatorium le 7 mai 1938 contre l'avis du médecin alors qu'on pensait à une thoracoplastie complémentaire du pneumothorax.

PNEUMOTHORAX COMPLETS

OBSERVATION N° 524

communiquée par MM. LUCIEN et MOULIS
(Sanatorium du Bois-de-l'Ours)

M. B... Eugène, 15 ans 1/2. La maladie débute au mois de février 1935 par un brusque épisode pseudo-grippal ; en septembre, la radioscopie révèle une caverne sous-claviculaire droite. B. K. + ; un pneumothorax droit est créé le 18 novembre 1935 et, en avril 1936, il se produit une poussée liquidienne. En novembre, on note l'apparition d'un voile au sommet gauche et, en mai 1937, une évolution à gauche avec apparition d'une géode sous-claviculaire.

A son entrée au Sanatorium, le 5 octobre 1937, il présente : à droite, un collapsus assez poussé et efficace avec moignon homogène ; à gauche une infiltration du lobe supérieur avec géode sous-claviculaire (fig. 1).

Le 29 novembre 1937, la création d'un pneumothorax gauche produit une hernie très importante vers la droite, et, malgré le décollement total du moignon, il y a persistance d'une géode paraissant plus congestive qu'avant le pneumothorax (fig. 2).

A cause de cette irrétractilité lésionnelle, le 14 avril 1938, on fait une injection intra-pleurale de *crisalbine* : 0 gr. 05 ; la température atteint 38°3 un soir ; il n'y a pas de réaction liquidienne. On fait une série de 6 injections intra-pleurales qui sont suivies de réactions ther-

miques qui augmentent progressivement. Trois semaines après la dernière injection, l'homogénéisation devient négative (amélioration radiologique, fig. 3 et 4).

Par mesure de sécurité, on pratique une deuxième série de 4 injections intra-pleurales de crisalbine. Deux mois après cette série les bacilles réapparaissent et l'on

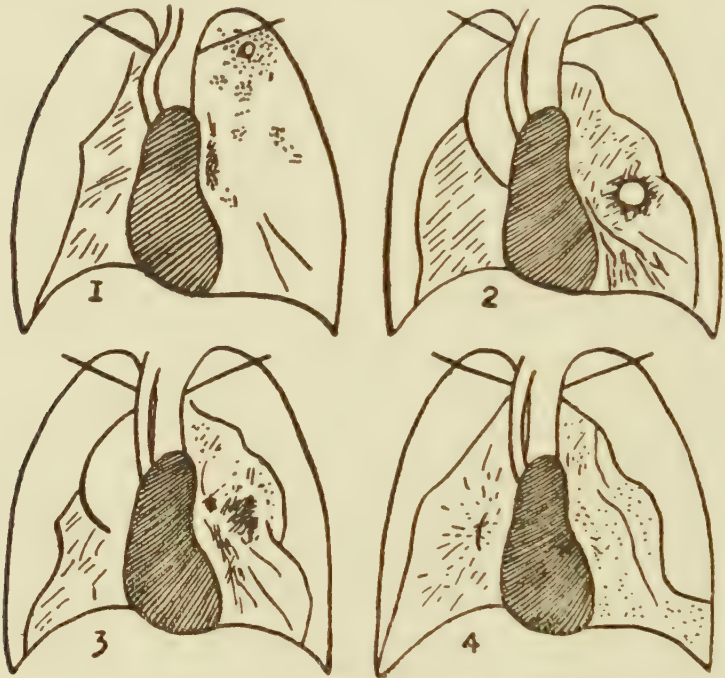


FIG. 9. — Obs. N° 524

Fig. 1 : 6 octobre 1937 : à l'entrée au sanatorium.

Fig. 2 : 25 janvier 1938 : deux mois après la création du PNO gauche.

Fig. 3 : 27 mai 1938 : après la première série de sels d'or.

Fig. 4 : 16 juin 1939 : 6 mois après la troisième série de sels d'or.

est amené à pratiquer une troisième série d'injections intra-pleurales après laquelle les examens restent toujours négatifs.

Etats actuel du malade : pneumothorax droit insufflé toutes les trois semaines, en extrême détente, efficace malgré la symphyse de la base ; moignon gauche homogène plus collabé depuis la dernière série de sels d'or. Excellent état général.

Conclusion. — Très bon résultat dans un cas d'irrétractibilité lésionnelle avec persistance de bacilles.

Première série d'injections intra-pleurales gauches :

14 avril 1938, crisalbine 0 gr. 05, température 38°3.

19 avril, crisalbine 0 gr. 05, température 38°3.

23 avril, crisalbine 0 gr. 05, température 38°3.

26 avril, crisalbine 0 gr. 10, température 38°.

29 avril, crisalbine 0 gr. 10, température 38°5.

3 mai, crisalbine 0 gr. 10, température 38°7.

Le 2 mai : B. K. +.

Le 22 mai : H. = 0.

Deuxième série de sécurité pour agir sur les lésions gauches :

17 juin 1938, crisalbine 0 gr. 05, température 37°6.

21 juin, crisalbine 0 gr. 05, température 37°4.

28 juin, crisalbine 0 gr. 05, température 37°5.

5 juillet, crisalbine 0 gr. 05, température 37°7.

H. = 0.

15 sept. 1938 : réapparition des bacilles $\left\{ \begin{array}{l} B = +. \\ H = +. \end{array} \right.$

2 novembre : $\left\{ \begin{array}{l} B. K. +. \\ H. = +. \end{array} \right.$

24 septembre : $\left\{ \begin{array}{l} B. K. +. \\ H. = +. \end{array} \right.$

Troisième série :

10 novembre 1938, crisalbine 0 gr. 05, température 37°3.

12 novembre, crisalbine 0 gr. 05, température 37°4.

15 novembre, crisalbine 0 gr. 05, température 37°5.

18 novembre, crisalbine 0 gr. 05, température 37°8.

22 novembre, crisalbine 0 gr. 05, température 37°5, deux jours.

26 novembre, crisalbine 0 gr. 10, température 37°8, deux jours.

29 novembre, crisalbine 0 gr. 10, température 37°8.

6 décembre, crisalbine 0 gr. 05, température 37°8.

10 décembre, crisalbine 0 gr. 05, température 37°8.

13 décembre, crisalbine 0 gr. 05, température 38°, trois jours.

A partir du 26 novembre 1938, toutes les homogénéisations ont été négatives.

OBSERVATION N° 432

communiquée par MM. LUCIEN et MOULIS

(Sanatorium du Bois-de-l'Ours)

M. S... Alfred, 35 ans. Fait en octobre-novembre un début insidieux ; puis, en décembre, une petite hémoptysie ; deux mois après, une analyse montre la présence de B. K. Le 6 mars, un pneumothorax gauche est créé. Ce malade fait encore une petite hémoptysie le 2 avril. B. K. +.

A son entrée au Sanatorium, le 27 avril 1937, il présente : à gauche, un moignon bien collabé avec image suspecte ; à droite, une condensation apicale suspecte. B. K. +.

Pendant plusieurs mois, on observe le malade pour savoir de quel côté proviennent les B. K. Une poussée liquidienne se produit le 15 juillet. Le moignon est plus collabé et une image cavitaire certaine y apparaît alors que les condensations du sommet droit paraissent homogènes. Toujours B. K. +.

Le 21 septembre, on fait une ponction : 100 cc. de liquide clair, suivie d'un lavage : 1 litre de solution créosotée à 1,2 %. Puis, le 10 octobre, une pleuroscopie : le

poumon ne présente aucune adhérence ; il est recouvert de plaques de fibrine. On laisse aérer largement la plèvre pour essayer de provoquer la rétraction du moignon. Toujours B. K. +.

12 nov. 1937, 2 cc. huile goménolée à 2 %, température 37°3, deux jours.

18 nov., 5 cc. h. gom. à 20 %, température 37°3, deux j.

26 nov., 10 cc. h. gom. à 20 %, température 37°3, un j.

3 déc., 15 cc. h. gom. à 20 %, température 37°2, un j.

10 déc., 20 cc., h. gom. à 20 %, température 37°.

17 déc., 20 cc., h. gom. à 20 %, température 37°.

24 déc., 20 cc. h. gom. à 20 %, température 37°1.

31 déc., 40 cc. h. gom. à 20 %, température 37°1.

6 janv. 1938, 50 cc. h. gom. à 20 %, température 37°1.

14 janv., 50 cc. h. gom. à 20 %, température 37°5, deux j.

21 janv., 50 cc. h. gom. à 20 %, température 37°3.

28 janv., 50 cc. h. gom. à 20 %, température 37°3, deux j.

3 fév., 50 cc. h. gom. à 20 %, température 37°1.

10 fév., 50 cc. h. gom. à 20 %, température 37°2.

20 fév., 50 cc. h. gom. à 20 %, température 38°

3 mars, 50 cc. h. gom. à 20 %, température 38°.

10 mars, 50 cc. h. gom. à 20 %, température 37°6.

17 mars, 50 cc. h. gom. à 20 %, température 37°

La poussée fébrile du 20 février a duré trois semaines et ne fut pas attribuable à l'huile goménolée. Toujours B. K. +.

On commence la crisalbine en raison de la persistance des B. K. que l'on suppose provenir du moignon gauche. A noter cependant que le moignon est plus rétracté depuis la série d'huile goménolée ; la cavité n'est plus visible.

24 mars 1938, crisalbine 0 gr. 05, température 37°8, deux jours.

29 mars, crisalbine 0 gr. 05, température 37°6, un jour.

2 avril, crisalbine 0 gr. 10, température 38°, deux jours.
5 avril, crisalbine 0 gr. 10, température 37°6, un jour.
9 avril, crisalbine 0 gr. 10, température 37°1.
12 avril, crisalbine 0 gr. 10, température 37°.
16 avril, crisalbine 0 gr. 15, température 37°2.
19 avril, crisalbine 0 gr. 15, température 37°4, un jour.
23 avril, crisalbine 0 gr. 20, température 37°4, un jour.
27 avril, crisalbine 0 gr. 20, température 37°4, un jour.
30 avril, crisalbine 0 gr. 20, température 37°.
3 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°1.
7 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°2.
10 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°2.
14 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°2.
17 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°1.
23 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°2.
28 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°2.
31 mai, crisalbine 0 gr. 25, température 38°6, deux jours.

A partir du 1^{er} mai, les analyses sont H. = O. Le niveau du liquide à gauche est à peu près stationnaire dans la région du hile avant les sels d'or et se maintient au même niveau pendant la série. Le moignon est encore plus rétracté. La disparition des B. K. s'est produite à la moitié de la série de sels d'or.

M. S... quitte le Sanatorium le 10 juin 1938, avec trois analyses H. = O. Son état général est assez précaire ; il continuera la cure de repos à domicile.

OBSERVATION N° 521

Communiquée par MM. LUCIEN et MOULIS
(Sanatorium du Bois-de-l'Ours)

M. M... André, 17 ans. Début insidieux en avril 1937. La radiographie montre une caverne sous-axillaire droite. B. K. + (oléo-chrysos intra-musculaire).

Il présente à son entrée au Sanatorium, le 28 septembre 1937 : à gauche, une condensation étendue à toute la partie moyenne avec image très suspecte ; à droite, une lobite supérieure assez largement excavée limitée par une scissure arquée. B. K. +.

Un pneumothorax gauche est créé le 8 décembre 1937 ; il fait apparaître deux images cavitaires superposées ; la zone excavée est retenue par une longue adhérence.

Le 2 février 1938, on fait une section de brides sans difficulté.

L'examen du 8 juin 1938 montre un moignon très collabé, mais avec encore une image suspecte une déviation cardio-médiastine importante avec une certaine influence sur la lobite supérieure droite.

11 juin 1938, crisalbine : 0 gr. 05.

14 juin, crisalbine 0 gr. 05.

18 juin, crisalbine 0 gr. 05.

21 juin, crisalbine 0 gr. 05.

Résultats : pas d'apparition de liquide, moignon plus collabé, diminution de l'image suspecte ; l'effet controlatéral est assez bon, mais le 20 juillet 1938 apparaissent des troubles péritonéaux.

Le malade quitte le Sanatorium et décède peu après.

OBSERVATIONS N^{os} 29 et 437
communiquées par MM. LUCIEN et MOULIS
(Sanatorium du Bois-de-l'Ours)

M. I... Jules, 45 ans. Début insidieux en janvier 1935 ; la radioscopie montre une infiltration sus-hilaire gauche B. K. +.

A son entrée, le 8 février 1935, il présente : à gauche, une infiltration sus-hilaire probablement excavée sous la clavicule ; à droite, une simple accentuation des images hilaires.

Le 19 avril 1935, un pneumothorax gauche est créé ; le 18 septembre on fait une section de brides (section de deux adhérences assez courtes). Après la section de brides le moignon est très collabé avec une petite géode dans le sommet. Il y a deux travers de doigts de liquide.

M. L.. quitte le Sanatorium le 2 février 1936 après deux analyses H. = 0.

Il revient pour un nouveau séjour, le 7 mai 1937 : le moignon est extrêmement collabé, le niveau du liquide à un travers de doigt sous la clavicule ; à droite, une image très suspecte, analyses généralement B. K. +.

Le 29 juin 1937 on fait une ponction : 450 cc. de liquide brun. Le pneumothorax est entretenu à + 10.

Le 20 septembre, on croit découvrir une image suspecte dans le sommet du moignon.

16 déc. 37, huile goménolée à 20 %, 5 cc. Tempér. 37°2.

23 déc., h. gom. à 20 % : 10 cc. Température : 37°1.

30 déc., h. gom. à 20 % : 20 cc. Température : 37°1.

6 janv., h. gom. à 20 % : 40 cc. Température : 37°1.

13 janv., h. gom. à 20 % : 50 cc. Température : 37°2.

20 janv., h. gom. à 20 % : 50 cc. Température : 37°1.

Ce malade fait une hémoptysie le 23 janvier ; la température atteint 38°.

3 fév. 38, h. gom. à 20 % : 50 cc. Température 37°.

Toujours B.K. +.

Le 2 mars 1938 le niveau du liquide est à deux travers de doigts sous la clavicule ; on envisage l'évacuation du liquide, puis l'injection de sels d'or.

Une ponction, faite le 4 mars, donne 300 cc. de liquide brunâtre.

12 mars, crisalbine 0 gr. 05, température 37°8, 1 jour.

15 mars, crisalbine 0 gr. 05, température 37°3.

19 mars, crisalbine 0 gr. 05, température 37°3.

22 mars, crisalbine 0 gr. 05, température 37°3.

26 mars, crisalbine 0 gr. 05, température 37°3.

- 29 mars, crisalbine 0 gr. 10, température 37°2.
2 avril, crisalbine 0 gr. 10, température 37°.
5 avril, crisalbine 0 gr. 10, température 37°.
9 avril, crisalbine 0 gr. 15, température 37°.
12 avril, crisalbine 0 gr. 15, température 37°.
16 avril, crisalbine 0 gr. 15, température 37°1.
19 avril, crisalbine 0 gr. 15, température 37°1.
23 avril, crisalbine 0 gr. 20, température 37°1.
26 avril, crisalbine 0 gr. 20, température 37°1.
30 avril, crisalbine 0 gr. 20, température 37°1.
2 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°2.
7 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°.
10 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°.
14 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°.
17 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°.
23 mai, crisalbine 0 gr. 20, température 37°.
28 mai, crisalbine 0 gr. 25, température 37°.
31 mai, crisalbine 0 gr. 25, température 37°.
4 juin, crisalbine 0 gr. 25, température 37°.
8 juin, crisalbine 0 gr. 25, température 37°8, 1 jour.
11 juin, crisalbine 0 gr. 05, température 37°2.

Le 12 juin, on fait une ponction : 275 cc. de liquide épais avec B. K.

Toujours B.K. +, mais on commence de suspecter le côté droit; le 15 décembre 1938 un prélèvement de sécrétion bronchique donne une analyse H +.

L'examen du 16 janvier 1939 montre l'apparition d'une réaction scissurale à droite avec une lobite en formation. Un pneumothorax droit est créé le 23 janvier. Des images suspectes persistent dans les deux moignons. Toujours B.K. +.

Ce malade quitte le sanatorium le 12 mai 1939 dans un état très précaire et, quelque temps après, meurt à Paris par hémoptysie.

INJECTIONS INTRA-PLEURALES DE SERUM SALE HYPERTONIQUE

OBSERVATION N° 282 du S. C.

Mlle C... M.-T., 38 ans. Entre le 18 juin 1937 pour une tuberculose fibro-ulcéreuse du sommet gauche torpide avec une laryngite congestive. Expectoration positive (Gaffky IV).

25 juin, création d'un PNO gauche. Le PNO est contro-électif avec une adhérence du sommet en arrière. L'expectoration est plus abondante depuis le PNO.

26 juillet, *Crisalbine I. P.* : 0 gr. 10; crochet thermique à 37°9.

Quinze jours après une pleuroscopie montre deux grosses brides qu'on entame. L'expectoration persiste, abondante.

17 août, *Crisalbine I.P.* : 0 gr. 15; crochet thermique à 37°9.

Cinq jours après on tente une section de bride qui permet de couper une grosse bride; cependant le PNO reste incomplet : le sommet est symphysé.

L'expectoration reste aussi abondante et toujours positive.

Un essai de sels d'or I. V. a du être abandonné en raison de la diarrhée et, pour cette raison, on remplace les sels d'or dans la plèvre par le sérum physiologique.

14 décembre, 60 cc. *sérum physiologique I.P.* sans insufflation; réaction thermique très faible; peu de liquide.

29 décembre, 15 cc. *sérum hypertonique à 10 %*; réaction thermique à 39° qui se prolonge pendant huit jours. Augmentation du liquide et envahissement du poumon opposé nécessitant la création d'un PNO droit. Ce PNO s'entretient sans incident d'une façon efficace. A gauche la pleurésie nécessite plusieurs ponctions, puis laisse une symphyse postéro-supérieure au niveau des lésions qui continuent à évoluer.

Conclusion. — Ce cas condamne nettement le *sérum hypertonique intra-pleural* qui a entraîné ici une pleurésie et l'apparition d'un foyer contro-latéral.

OBSERVATION N° 377 du S. C.

Mlle L... G., 30 ans. Présente à son entrée, le 17 octobre 1938, une tuberculose ulcéreuse ancienne du sommet droit et une infiltration plus récente à gauche étendue avec caverne du sommet. Expectoration très bacillifère.

26 octobre, création d'un PNO gauche.

En oblique antérieure droite, on voit à la scopie la caverne pendue au sommet par une large bride.

A l'auscultation râles sous-crépitants secs après la toux au sommet droit.

Peu à peu l'adhérence du sommet s'étire; la caverne du sommet n'est presque plus visible, mais en

Janvier apparaît une cavité dans le lobe inférieur gauche avec niveau liquide et bronche de drainage. L'expectoration reste très bacillifère.

En raison des antécédents d'entérite, après des sels d'or intra-veineux on fait du *sérum*.

7 janvier 1939, 5 cc. *sérum salé hypertonique à 33 %* avec insufflation. Réaction thermique modérée mais prolongée.

A l'auscultation signes humides à droite, traduisant une réaction focale contro-latérale.

A gauche la cavité du lobe inférieur augmente.

20 février, *Sanocrysine I.P.* 0 gr. 05 avec insufflation. Crochet thermique à 39°1 qui revient à 37°7 en deux jours.

La cavité inférieure gauche continue à augmenter. Trois semaines après, hémoptysie qui, radioscopiquement, semble venir du côté gauche où deux cavernes persistent malgré l'absence d'adhérences visibles. Une pleurésie gauche évolue sans faire disparaître les signes cavitaires. D'abord citrin, le liquide devient purulent; puis le côté opposé est envahi rapidement et la malade meurt le 21 août.

Conclusion. — Comme dans l'observation n° 282, on note une réaction focale contro-latérale après le sérum salé hypertonique.

RESULTATS ET INDICATIONS

Dans l'ensemble, l'examen des résultats obtenus chez nos malades permet de dégager un certain nombre de conclusions, d'où nous retirerons les indications qu'on peut fixer actuellement à la méthode des injections intra-pleurales.

Nous avons joint au tableau de nos résultats les deux cas n^{os} 282 et 377 dans lesquels nous avons utilisé le sérum salé hypertonique au lieu de Sanocrysine. Ces deux cas ont été des échecs, tous deux ont donné lieu à des réactions violentes et trop prolongées malgré l'administration de doses modérées, et ces réactions trop violentes doivent être rendues responsables de poussées contro-latérales plus ou moins immédiates.

Concluons, pour n'y plus revenir dans ce chapitre, que les injections de sérum salé qui paraissaient avoir une base expérimentale et anatomique logique, nous semblent devoir être condamnées.

En ce qui nous concerne, nous ne pensons plus y avoir recours puisque les injections de sels d'or nous procurent les résultats que nous cherchons avec des risques beaucoup moindres.

Pour étudier les résultats de nos malades traitées avec l'auro-thiosulfate de soude intra-pleural (Sano-crysine, Crisalbine) nous distinguerons ceux dont les pneumothorax comportent des adhérences plus ou moins étendues, et ceux dans lesquels le traitement a été appliqué dans les pneumothorax complets non bridés, soit d'emblée, soit après pleuroscopie.

Pour apprécier ces résultats nous classons nos malades en amélioration complète, et en échec. Nous considérons comme amélioration complète les cas dans lesquels le pneumothorax est parfaitement efficace, c'est-à-dire que la malade n'a plus d'expectoration, et que les lésions évoluent vers un effacement progressif qui permet d'escompter leur guérison complète et définitive.

Chez certaines de ces malades l'expectoration était déjà négativée quand nous avons eu recours aux injections intra-pleurales de sels d'or, et l'on peut supposer que le résultat aurait été obtenu sans leur intervention. Dans notre esprit elles ont constitué des « injections de consolidation » (voir les observations N^{os} 354, 362, 344), tant nous considérons que, pratiquée prudemment, la méthode des injections intra-pleurales ne comporte que des avantages. Nous pouvons dire que dans ces cas nous pratiquons l'injection intra-pleurale dans le même esprit que certaines sections de bride sont faites malgré la disparition des signes cliniques pour rendre tout à fait parfait un

pneumothorax déjà efficace. VÉRAN a montré, en effets, que les rechutes lointaines étaient d'autant moins nombreuses que le pneumothorax avait pu être rendu plus parfait pendant sa période d'entretien.

De même nous pensons que si les injections de sels d'or sont utiles chez les malades qui crachent des bacilles, elles peuvent aussi aider efficacement à la cicatrisation chez des malades dont l'expectoration a disparu depuis peu de temps.

Parmi les échecs, nous classons au contraire tous les malades dont les signes fonctionnels et physiques : expectoration bacillaire, image anormale, ont persisté malgré le traitement.

Une telle division manque un peu de nuance, mais, en fait, elle correspond à ce que l'on cherche à obtenir, et évite des subdivisions à l'infini.

Quant aux complications, nous n'en faisons pas une catégorie à part, puisque selon leur évolution, elles permettent de classer les malades dans l'une ou l'autre des catégories précédentes.

PNEUMOTHORAX AVEC BRIDES : 20 résultats favorables, et 8 échecs.

Nous avons traité 28 pneumothorax comportant des brides, par des injections intra-pleurales. 15 n'ont pas eu d'autre traitement que les injections intra-pleurales, et ont fourni des succès complets comportant la disparition de l'expectoration et des bacilles. Parmi ces malades la plupart avaient des pneumothorax largement bridés avec symphyse plus ou

moins large, et pour lesquels une pleuroscopie n'était même pas à envisager. Chez l'une d'entre elles, la pleuroscopie a été pratiquée et a permis de couper quelques brides, mais on a dû laisser une symphyse assez large (n° 346).

Chez cinq autres malades (n°s 371, 379, 339, 311, 338), la section de brides a été pratiquée après traitement préparatoire par les sels d'or qui ont facilité beaucoup l'intervention en allongeant ces brides.

Tout compte fait 22 de nos malades sur les 38 observations que nous rapportons ont eu une négativation rapide de l'expectoration, malgré la présence de brides plus ou moins larges, et dans la majorité des cas insécables. Ces malades n'ont présenté aucune complication. Il nous est donc permis d'affirmer, conformément à l'opinion de KINDBERG, que la méthode des injections intra-pleurales ne doit pas être réservée seulement aux pneumothorax complets, ou rendus tels après pleuroscopie.

Ce résultat prend toute sa valeur si on met en regard les cas de pneumothorax avec brides dans lesquels les injections intra-pleurales ont abouti à un échec. Ces cas, en effet, sont au nombre de 8 seulement. Encore l'un de ceux-ci, n° 382, a-t-il les plus grandes chances d'être transformé dans très peu de temps en un succès complet, grâce à des pleuroscopies successives qui ont permis d'améliorer le collapsus, encore que d'une façon incomplète.

Un deuxième cas, n° 152, a vu son pneumothorax rendu efficace par la section d'une très large bride qui a été suivie par une pleurésie séro-fibrineuse actuellement en voie de résorption.

Les six autres cas constituent des échecs complets, en ce sens que les injections intra-pleurales ont laissé persister les lésions, qui ont continué à donner lieu à une expectoration bacillifère.

Deux sont candidats à une thoracoplastie complémentaire du pneumothorax.

Trois ont présenté un épanchement pleural. Dans le cas n° 160 la pleurésie consécutive à l'injection de sels d'or était en régression lorsque survint une localisation abdominale qui entraîna la mort. Chez les deux autres on a observé une aggravation des lésions contro-latérales : chez l'une, n° 384, l'épanchement séro-fibrineux est apparu deux mois après la dernière injection de sels d'or intra-pleurale. Il y a donc lieu de penser qu'il est le résultat de l'insuffisance et de l'inefficacité du collapsus obtenu par le pneumothorax et non pas une complication immédiate de l'irritation pleurale provoquée. Chez l'autre, n° 364, la pleurésie a été consécutive à une section de brides qui avait été tentée en raison de l'inefficacité des injections intra-pleurales. Enfin le dernier échec n° 403, reste un échec de toutes les méthodes essayées.

Dans l'ensemble, les échecs que nous avons subis au cours du traitement par injections intra-pleurales dans les pneumothorax bridés ne se sont accompagnés d'aucune complication directement imputable

à la méthode. Ils ne viennent donc pas à l'encontre des indications fournies par les résultats favorables plus haut cités.

PNEUMOTHORAX COMPLETS : 8 cas, 4 succès dont deux avec complications et 4 échecs.

Par suite d'une série malheureuse, et du nombre relativement restreint de nos cas, il se trouve que les résultats que nous avons obtenus dans les pneumothorax complets, (soit d'emblée, soit après section de brides) sont beaucoup moins satisfaisants que ceux obtenus dans les pneumothorax bridés. Nous ne voulons pas en tirer la conclusion, contraire à toutes les données considérées jusqu'ici comme acquises, que les injections irritantes intra-pleurales sont plus efficaces lorsqu'il y a des brides que lorsqu'il n'y en a pas.

Au moins notre statistique prouve-t-elle une fois de plus que la présence de brides ne contre-indique pas la méthode de la pleurésie provoquée.

Dans deux observations, n^{os} 524 et 432, l'amélioration a été évidente aussitôt après les injections de sels d'or. Nos deux demi-succès concernent les malades n^{os} 330 et 405; chez toutes deux le pneumothorax complet avait laissé persister une lésion ouverte avec expectoration bacillifère. Les injections intra-pleurales ont abouti à une suppression locale des lésions et ont rendu le pneumothorax efficace. Mais chez toutes deux, on a assisté progressivement au

développement et à l'aggravation des lésions contralatérales nécessitant une collapsothérapie double.

Quant aux quatre échecs, deux sont morts (n° 437, 521). Le troisième, n° 279, est dans un état laissant craindre l'issue fatale à brève échéance. La dernière, n° 317, s'améliore lentement, amélioration due à une collapsothérapie bilatérale et non aux sels d'or qui ont échoué complètement.

**

Ces résultats permettent de poser des indications assez larges. Chaque fois qu'un pneumothorax ne fait pas la preuve rapidement de son efficacité en supprimant l'expectoration et les bacilles, on peut essayer la chrysothérapie intra-pleurale à la condition de commencer par des doses faibles et espacées. Lorsqu'on aura épuisé ainsi la susceptibilité pleurale des malades on pourra essayer ensuite si cela est nécessaire des doses plus fortes et plus rapprochées.

Mais il faut bien savoir que le résultat favorable est toujours assez long à apparaître et que la réaction de sclérose consécutive aux irritations provoquées a besoin d'un certain délai pour apparaître. Nous ne croyons pas que ce résultat s'acquiert mieux en répétant les injections à intervalles trop courts, en moyenne 2 à 3 mois sont nécessaires pour éprouver l'efficacité du traitement. Dans une de nos observations particulièrement caractéristique (n° 339),

4 injections intra-pleurales à faibles doses répétées sur plus de 6 mois ont donné un résultat très important et tel qu'il n'est guère possible de penser que des doses plus fortes eussent eu une efficacité plus rapide. Là, comme dans tous les traitements de la tuberculose, il faut savoir attendre et ne pas vouloir intervenir trop souvent.

La seule contre-indication que nous trouvions à la méthode, indépendamment de celles qui sont propres aux sels d'or, (albuminurie, diarrhée, etc.) est liée à l'état des lésions par rapport à la corticalité et à l'état du poumon opposé : lorsqu'on a affaire à des lésions très corticales et d'allure évolutive, les tentatives d'irritation intra-pleurale doivent être menées avec une prudence extrême sous peine de s'exposer à des pleurésies graves.

De même lorsqu'il existe des lésions du côté opposé, il faut se souvenir que la congestion pulmonaire réflexe consécutive aux injections intra-pleurales *est bilatérale* : si cette congestion est favorable du côté collabé et grâce au collapsus, elle est nuisible sur les lésions du côté opposé qui fournit généralement des efforts accrus. Souvent ainsi on aura avantage à pratiquer un second pneumothorax sur les lésions du côté opposé avant d'entreprendre la chrysothérapie intra-pleurale.

CONCLUSIONS

I. — La méthode des injections irritantes intrapleurales au cours du pneumothorax artificiel mérite d'entrer dans la pratique courante en raison de son efficacité et de son innocuité lorsqu'elle est appliquée avec la prudence nécessaire.

II. — Elle ne doit pas être réservée aux pneumothorax complets au cours desquels persistent des lésions irrétractiles du moignon pulmonaire.

Elle trouve encore de nombreuses indications dans les pneumothorax bridés soit comme temps préparatoire à la section de brides, soit comme méthode autonome complémentaire du pneumothorax insuffisamment efficace.

III. — Les sels d'or en solution aqueuse nous paraissent l'agent le plus maniable et permettant la progression la plus prudente au cours du traitement.

Certains sels d'or en suspension huileuse nous ont également donné de bons résultats.

Par contre le sérum salé hypertonique nous paraît d'un dosage difficile et donne lieu à des réactions incontrôlables.

IV. — Il semble qu'une même posologie ne puisse pas être suivie chez l'homme et chez la femme. Cette dernière paraissant être beaucoup plus sensible aux injections intra-pleurales, probablement du fait de la tendance congestive liée au cycle menstruel.

Il n'en reste pas moins qu'on aura toujours avantage à essayer la susceptibilité réactionnelle des malades par des doses faibles et espacées.

V. — Sous ces réserves, nous nous rallions aux vues de KINDBERG et pensons que la chrysothérapie intra-pleurale permet de rendre efficaces précocement de nombreux pneumothorax.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
LÉREBOULLET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMAT (R.). — Contribution à l'étude de la chrysothérapie intra-pleurale. (*Arch. Méd. chir. de l'app. resp.* 1930, n° 5).
- Pleuro-pneumonie nécrosante tuberculeuse limitée du lobe supérieur du poumon droit traitée par le chlorure d'or intra-pleural. (*Société des Sciences Médicales de Montpellier*, séance du 14 mai 1937).
- Chrysothérapie intra-pleurale (*Archives méd.-chirurg. de l'app. resp.*, 12, 326-333, 1937).
- COLBERT et MOLLARD. — A propos des chrysothérapies locales. Que penser des sels d'or intra-pleuraux. (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 30 juin 1934).
- COURMONT (P.) et GARDÈRE (H.). — Action des sels d'or dans la tuberculose pulmonaire. Thérapeutique et accidents (*J. de Méd. de Lyon*, 18, 559-570, 20 octobre 1937).
- FRANCKEN (W.). — Injections intra-pleurales de sels d'or dans les pneumothorax inefficaces (*Rev. Méd. de la Suisse rom.* 58 : 729-739 25 sept. 1938).
- KINDBERG (L.) et NETTER. — A propos de la chrysothérapie intra-pleurale au cours du pneumothorax artificiel. (*Société d'études scientifiques de la tuberculose*, séance du 14 déc. 1934).
- A propos de la chrysothérapie intra-pleurale (*Revue de la Tuberculose*, 1936, p. 188).

KINDBERG (L.). — La chrysothérapie intra-pleurale au cours du pneumothorax artificiel (*L'entente Médicale*, 20 oct. 1936).

— Le pneumothorax précocement efficace. Documents statistiques, radio-cliniques et tomographiques (*Société Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 12 mai 1939).

KINDBERG (L.), WEILLER (P.) et RUBINSTEYN. — Collapsothérapie efficace, association de la section de brides et de la chrysothérapie intra-pleurale (*Le Documentaire Médical*, mars 1937).

KINDBERG (L.), WEILLER (P.). — Section de brides et chrysothérapie intra-pleurale associées. Le pneumothorax rapidement efficace (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 21 mai 1937).

LABESSE. — Association du traitement par les sels d'or au pneumothorax artificiel (*Journal Médical Français*, Tunis, 1931).

— Des injections intra-pleurales de sels d'or comme traitement des cavernes insuffisamment collabées au cours du pneumothorax artificiel (*Gazette Médicale de France*, 1^{er} décembre 1933).

LAFOSSE (P.). — A propos de la chrysothérapie intra-pleurale (*Société d'études scientifiques de la tuberculose*, séance du 13 février 1937).

— Injections intra-pleurales de myochrysine (*Revue de la Tuberculose* 3, 335-338, mars 1937).

LOWYS (P.) et LAFAY (L.-H.). — Air filled cavern after section of adhesions intra-pleural gold therapy (*Revue de la Tuberculose*, 4, 237-242, févr. 1938).

PAVIE, LEFÈVRE et ROSSIGNOL. — Rétraction provoquée d'une caverne béante par la chrysothérapie intra-pleurale (*Société Médicale d'Hauteville*, séance du 23 juillet 1936).

ROSSIGNOL. — Les pleurésies provoquées complémentaires du pneumothorax thérapeutique (étude expérimentale et clinique) (*Thèse* de Lyon 1937), (Librairie Arnette).



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



